

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

Phạm Thế Anh<sup>1</sup>, Vũ Đức Trung<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan nhỏ 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 nhỏ theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K từ tháng 11/2017 đến tháng 11/2023. **Kết quả:** Phẫu thuật đã được thực hiện cho 127 bệnh nhân (BN). Tuổi trung bình: 58,4 ± 10,9 tuổi; 86,6% BN là nam giới; tỷ lệ mắc viêm gan B: 77,2%. Chỉ số AFP trung bình: 524,4 ± 1225,2 ng/ml. Huyết khối tĩnh mạch cửa gặp ở 10 BN (7,9%). Kích thước khối u trung bình trên CLVT: 4,1 ± 1,9 cm. Loại cắt gan: cắt phần thùy trước (37%), cắt thùy gan trái (37%), cắt phần thùy sau (26%). Đường mổ bụng được sử dụng phổ biến trong nghiên cứu là đường J phải: 53,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình: 133,0 ± 58,8 phút, không có BN nào truyền máu trong mổ. Biến chứng gặp ở 26 (20,5%) BN bao gồm: cổ trướng (14,2%), tràn dịch màng phổi (7,1%), suy gan (3,9%), nhiễm khuẩn vết mổ (3,1%). Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien: I (27,6%), II (69,3%), IIIa (3,1%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình: 9,5 ± 5,8 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan nhỏ 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 nhỏ, cắt gan giải phẫu, ung thư biểu mô tế bào gan.

## SUMMARY

### SHORT-TERM OUTCOMES OF ANATOMICAL MINOR HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

**Objective:** To evaluate the short-term outcomes of anatomical minor hepatectomy for hepatocellular carcinoma (HCC). **Subject and method:** This was a retrospective descriptive study of the cases who underwent anatomical minor hepatectomy for hepatocellular carcinoma at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, K Hospital from November 2017 to November 2023. **Result:** Elective surgery was performed for 127 patients. The average age was 58,4 ± 10,9 years; 86,6% of patients were male; hepatitis B related: 77,2%. The mean AFP was 524,4 ± 1225,2 ng/ml. Portal vein thrombosis was seen in 10 patients (7,9%). The mean tumor size in

the CT scan was 4,1 ± 1,9 cm. Right anterior sectionectomy, left lateral sectionectomy and right posterior sectionectomy accounted for 37%, 37% and 26%, respectively. J-shape was the most common incision, with 53,3%. The mean operation time was 133,0 ± 58,8 min. There was no intraoperative blood transfusion. Postoperative complications that occurred in 26 patients (20,5%) including ascites (14,2%), pleural effusion (7,1%), liver failure (3,9%) and surgical site infection (3,1%). The classification of complications according to Clavien was: I (27,6%), II (69,3%) and IIIa (3,1%). There was no perioperative mortality. The average length of hospital stay was 9,5 ± 5,8 days. **Conclusion:** Anatomical minor hepatectomy for hepatocellular carcinoma is a feasible, safe, and effective method.

**Keywords:** minor hepatectomy, anatomical liver resection, 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 [1].

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị UTBMTBG: 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 UTBMTBG 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), Takasaki (1986),...

Cắt gan nhỏ theo giải phẫu là cắt ít hơn hoặc bằng hai hạ phân thùy gan liền kề. Đối với u gan đơn độc, kích thước nhỏ, khu trú tại 1 hoặc 2 hạ phân thùy liền kề, cắt gan nhỏ được coi là phẫu thuật điều trị triệt căn đem lại tiện lợi tốt cho bệnh nhân ung thư gan. Cắt gan nhỏ giúp tiết kiệm nhu mô gan mà vẫn có thể đảm bảo về ung thư học, tránh suy gan và các tai biến sau mổ [2].

Tại Việt Nam, cắt gan nhỏ điều trị UTBMTBG cũng được đề cập đến trong một số nghiên cứu tại các trung tâm ngoại khoa lớn như: bệnh viện Việt Đức, bệnh viện TWQĐ 108, bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

Chợ Rẫy...

Tại Bệnh viện K, phẫu thuật cắt gan nhỏ được thực hiện thường quy trong điều trị UTBMTBG. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan nhỏ theo giải phẫu điều trị UTBMTBG.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 127 trường hợp đã được phẫu thuật cắt gan nhỏ theo giải phẫu điều trị UTBMTBG từ tháng 11 năm 2017 đến tháng 11 năm 2023 tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan nhỏ 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:** 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, 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 thi phẫu thuật:**

Bước 1: Đường mổ bụng

Mở bụng theo đường chữ J hoặc đường trắng giữa trên rốn.

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 nhóm hạch cuống gan, các hạch nghi ngờ sẽ được lấy và gửi làm sinh thiết tức thì.

Bước 3: Giải phóng gan

Cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác, dây chằng vành, dây chằng gan tá tràng. Giải phóng gan 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

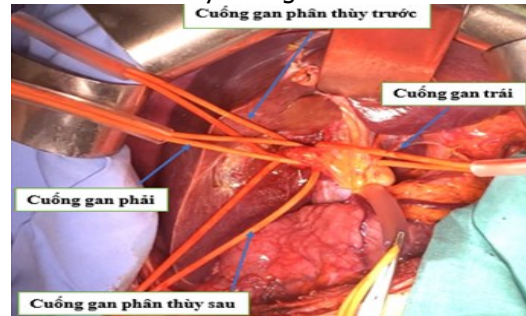
- Cắt hoặc không cắt túi mật.

- Phẫu tích vào cuống gan, kiểm soát cuống Glisson của phân thùy trước hoặc phân thùy sau ngoài gan theo Takasaki (hình 2.1).

- Đặt garo chờ ở cuống gan.

Bước 5: Cắt gan

- Cặp cuống Glisson. Thấy rõ đường ranh giới giữa vùng gan thiếu máu nuôi dưỡng (sẫm màu) và gan bình thường. Đánh dấu đường cắt gan. Đối với cắt thùy trái: đường cắt gan dọc theo bờ trái của dây chằng liềm.



**Hình 2.1.** Kiểm soát cuống Glisson ngoài gan

- 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: có thể dùng Stapler hoặc khâu buộc.

- Tĩnh mạch gan, 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 6: Lau rửa ổ bụng, đặt 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 2.2)



**Hình 2.2.** Bệnh phẩm sau mổ

Nguồn: BN Nguyen Anh T. 65T, số BA: 220271286

### 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,

kích thước u gan, huyết khối tĩnh mạch cửa trên cắt lớp vi tính. Trong mổ: loại cắt gan nhỏ, đường mổ bụng, kiểm soát cuống toàn bộ (Pringle) trong thì cắt nhu mô, thời gian phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân truyền máu.

Kết quả sớm: công thức máu, 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. 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.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 11 năm 2017 đến tháng 11 năm 2023 đã có 127 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan nhỏ theo giải phẫu điều trị UTBMTBG 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)		58,4 ± 10,9
Giới (n, %)	Nam	110 (86,6)
	Nữ	17 (13,4)
Phát hiện tình cờ (n, %)		65 (51,2)
Đau bụng hạ sườn phải (n, %)		62 (48,8)
HBsAg (+) (n, %)		98 (77,2)
HCVAb (+) (n, %)		4 (3,1)
AFP trung bình (ng/ml)		524,4±1225,2
Huyết khối tĩnh mạch cửa (n, %)		10 (7,9)
Kích thước trung bình u trên CLVT (cm)		4,1 ± 1,9

**Nhận xét:** Thống kê bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu: 58,4 ± 10,9 tuổi, nam chiếm đa số (86,6%). Lý do vào viện thường gặp nhất là tình cờ phát hiện u (51,2%); viêm gan B: 77,2%, viêm gan C: 3,1%; AFP trung bình: 524,4 ± 1225,2 ng/ml; huyết khối tĩnh mạch cửa (7,9%); kích thước trung bình u trên CLVT: 4,1 ± 1,9cm.

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

**3.2.1. Loại cắt gan**

**Bảng 3.2. Loại cắt gan**

Loại cắt gan		
Phân thùy trước (n, %)		47 (37,0)
Thùy gan trái (n, %)		47 (37,0)
Phân thùy sau (n, %)		33 (26,0)

**3.2.2. Kết quả trong mổ**

**Bảng 3.3. Kết quả trong mổ**

Đặc điểm		
Đường mổ bụng (n, %)	Đường J phải	68 (53,5)
	Đường trắng giữa trên rốn	59 (46,5)
Kiểm soát cuống toàn bộ trong thì cắt nhu mô (n, %)		73 (57,5)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		133,0 ± 58,8
Số BN phải truyền máu (n, %)		0

**Nhận xét:** Bảng 3.3 cho thấy đa số bệnh nhân được mổ bụng theo đường chữ J bên phải (92,3%). Có 73 (57,5%) BN được kiểm soát cuống toàn bộ (Pringle) trong thì cắt nhu mô. Thời gian phẫu thuật trung bình: 133,0 ± 58,8 phút. Không có bệnh nhân nào truyền máu trong mổ.

**3.2.3. Kết quả sớm sau mổ**

**a. Biến chứng**

**Bảng 3.4. Biến chứng sau mổ**

Biến chứng		
Cổ trướng (n, %)		18 (14,2)
Tràn dịch màng phổi (n, %)		9 (7,1)
Suy gan (n, %)		5 (3,9)
Nhiễm khuẩn vết mổ (n, %)		4 (3,1)

**Nhận xét:** Có 26 (20,5%) BN gặp biến chứng sau mổ. Biến chứng thường gặp nhất là cổ trướng, chiếm 18,5%. Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo: I (27,6%), II (69,3%), IIIa (3,1%). 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 9,5 ± 5,8 ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 38 ngày.

**IV. BÀN LUẬN**

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

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là 58,4 ± 10,9 tuổi. Menon và cộng sự nghiên cứu 517 bệnh nhân cắt gan nhận thấy không có sự khác biệt về thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện, tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong sau mổ giữa 2 nhóm trên 70 tuổi và dưới 70 tuổi [3]. Nam giới trong nghiên cứu chiếm đa số (86,6%), triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng vùng hạ sườn phải chiếm 48,8%, có 51,2% bệnh nhân phát hiện bệnh tình cờ đi khám sức khỏe hoặc triệu chứng của bệnh khác. Viêm gan B có mối liên quan chặt chẽ với tỷ lệ mắc bệnh, thống kê bảng 3.1 có 77,2% các trường hợp mắc viêm gan B. Kết quả tương tự nghiên cứu của các tác giả: Lê Văn Thành (2016) [4]: độ tuổi trung bình (48,4 ± 12,7 tuổi), đau bụng (75,0%), viêm gan B (71,9%); Phạm Thế Anh (2023): tuổi trung bình (58.8 ± 10.9 tuổi), viêm gan B (78,8%) [5]. Nghiên cứu của Lee (2016)

[6], tại Hàn Quốc về UTBMTBG thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiễm viêm gan virus B: 65,3%,

Thống kê cho thấy: AFP trung bình 524,4 ± 1225,2 ng/ml và kích thước trung bình khối u: 4,1 ± 1,9 cm (bảng 3.1). Kết quả của Vũ Văn Quang (2019) 335,93 ± 638,07 ng/ml [7], nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019): 5244,45 ± 21294,56 ng/ml [8].

#### 4.2. Kết quả phẫu thuật

**4.2.1. Loại cắt gan.** Lựa chọn loại cắt gan dựa vào tình trạng bệnh nhân; vị trí, kích thước u; chức năng gan... Kết quả nghiên cứu cho thấy: Loại cắt gan được thực hiện là: cắt gan phân thùy trước (37%), cắt thùy gan trái (37%), cắt phân thùy sau (26%) (bảng 3.2).

Trong nghiên cứu của Vũ Văn Quang (2018), cắt gan nhỏ chiếm 79,3% trong đó: cắt phân thùy trước (11,3%), cắt thùy gan trái (13,2), cắt phân thùy sau (16,0%). Nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019) tiến hành cắt gan nhỏ cho 37 bệnh nhân, trong đó cắt gan phân thùy sau là chủ yếu (25,0%) [8].

#### 4.2.2. Kết quả trong mổ

Đường mổ bụng: đa số bệnh nhân được mổ bụng theo đường chữ J bên phải (92,3%). Việc lựa chọn đường mổ bụng dựa vào vị trí, kích thước, mức độ di động của u gan và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Ưu điểm của đường mổ chữ J là có thể bộc lộ toàn bộ gan phải và tĩnh mạch gan phải, thuận lợi cho quá trình cắt gan cũng như kiểm soát chảy máu trong trường hợp gặp tai biến trong mổ. Karamarkovic (2016) sử dụng đường J phải cho tất cả bệnh nhân cắt gan [9].

Đối với cắt gan phân thùy trước và phân thùy sau, tất cả BN trong nghiên cứu đều được kiểm soát cuống chọn lọc theo phương pháp của Takasaki, để xác định đường cắt gan theo giải phẫu; riêng đối với cắt thùy gan trái, đường cắt dọc theo bờ trái của dây chằng liềm. Để hạn chế mất máu trong thì cắt nhu mô, có 73 BN được kiểm soát cuống toàn bộ (Pringle) ngắt quãng, chiếm 57,5%. Có 10 trường hợp u gan phải kèm huyết khối tĩnh mạch cửa nhánh phân thùy hoặc hạ phần thùy nằm trong phần gan dự kiến cắt bỏ được phát hiện trên phim chụp CLVT trước mổ, chúng tôi kiểm soát chọn lọc cuống phải hoặc cuống trái cùng bên khối u, kết hợp với kiểm soát cuống gan toàn bộ, nhằm mục đích vừa giảm chảy máu vừa ngăn không cho huyết khối di chuyển sang phần gan đối diện. Nhiều tác giả cho rằng: HCC có huyết khối tĩnh mạch cửa nằm trong phần gan có thể cắt bỏ không phải là chống chỉ định của phẫu thuật cắt gan [10]

Truyền máu trong mổ: 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 thầy thuốc lâm sàng trong cắt gan, 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. Chúng tôi không có BN nào cần truyền máu trong mổ (bảng 3.3). Kết quả của Vũ Văn Quang (2018) [7]: có 7 BN (6,6%) bệnh nhân cắt gan nhỏ phải truyền máu trong mổ.

Thời gian cắt nhu mô và thời gian phẫu thuật: Thời gian cắt nhu mô và 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...). Trong nghiên cứu, thời gian mổ trung bình là 133,0 ± 58,8 phút (bảng 3.3). Nghiên cứu của Karamarkovic (2016): thời gian mổ: 105,1±21,1phút đối với cắt gan nhỏ [9].

#### 4.3. Kết quả sớm sau mổ

**4.3.2. Biến chứng.** Hiện nay, cắt gan điều trị UTBMTBG được thực hiện khá an toàn với tỷ lệ biến chứng và tử vong giảm đáng kể, nhờ những tiến bộ trang thiết bị, kỹ thuật và kết quả điều trị sau mổ. Theo Steven (2018), tỉ lệ biến chứng sau mổ cắt gan điều trị UTBMTBG 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. Tuy nhiên, cắt gan nhỏ có tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp hơn so với cắt gan lớn.

Biến chứng sau mổ trong nghiên cứu gặp ở 26 BN, chiếm 20,5%, kết quả này trong nghiên cứu của Karamarkovic (2016) là 28,6% [9].

Kết quả nghiên cứu cho thấy: cổ trướng là biến chứng thường gặp nhất (14,2%), đặc biệt trong những trường hợp xơ gan. Đa số BN được điều trị ổn định bằng lợi tiểu, truyền huyết tương tươi, đạm gan và albumin. Có 2 BN dẫn lưu ổ bụng bị tắc, siêu âm thấy dịch ổ bụng mức độ nhiều sau 1 tuần hậu phẫu, được chúng tôi chọc dịch màng bụng dưới hướng dẫn siêu âm. Theo Steven (2018), 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.

Tràn dịch màng phổi gặp ở 9 BN (7,1%) (bảng 3.4). Các tác giả cho rằng có thể do quá trình giải phóng gan, cắt các dây chằng gây ảnh hưởng đến tuần hoàn bạch huyết khu vực hoặc do rối loạn chức năng gan sau mổ. Tràn dịch màng phổi thường gặp số lượng ít, đa số được điều trị nội khoa ổn định. Có 2 BN dịch màng phổi nhiều, gây đau tức ngực cần dẫn lưu màng phổi.

Nghiên cứu của Karamarkovic (2016), có 7,5% BN cắt gan nhỏ có tràn dịch màng phổi [9].

Suy gan sau mổ là biến chứng nặng nề nhất sau phẫu thuật cắt gan. 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 [4]. Cắt gan nhỏ có tỷ lệ suy gan thấp hơn so với cắt gan lớn. Có 5 (3,9%) BN trong nghiên cứu gặp biến chứng suy gan. Nghiên cứu của Wong (2014) có tỷ lệ suy gan sau cắt gan nhỏ là 1,2%.

Phân độ nặng của biến chứng theo Clavien-Dindo, đa số BN thuộc loại II (69,3%). Có 4 BN (3,1%) trong có biến chứng nặng (loại IIIa), thấp hơn kết quả của Lee (2016) là 11% [6].

**4.3.3. Thời gian nằm viện.** Kết quả nghiên cứu cho thấy: thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là  $9,5 \pm 5,8$  ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 38 ngày. Nghiên cứu của Dahiya (2010): thời gian nằm viện trung bình sau cắt gan nhỏ là  $12.0 \pm 8.1$  ngày.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan nhỏ theo giải phẫu là phương pháp an toàn và hiệu quả đối với điều trị ung thư biểu mô tế bào gan kích thước nhỏ.

## 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. **Menon K V, Al-Mukhtar A, Aldouri A, et al** (2006), "Outcomes after major hepatectomy in elderly patients", Journal of the American college of Surgeons, 203 (5), pp. 677-683.
4. **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.
5. **Phạm Thế Anh T H P** (2023), "Kết quả gần phẫu thuật cắt gan phân thùy sau có kiểm soát cường chọn lọc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan", Tạp chí Y học Việt Nam, 533 (1B), pp. 245-249.
6. **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).
7. **Vũ Văn Quang** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cường 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. **Trịnh Quốc Đạt** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát chọn lọc cường Glisson trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan", Luận án Tiến sĩ Y học - Đại học Y Hà Nội.
9. **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.
10. **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.

# NỒNG ĐỘ CỦA MỘT SỐ IMMUNOGLOBULINE Ở BỆNH NHI NHIỄM KHUẨN HUYẾT NẶNG ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC NỘI KHOA, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đông Xuân Tuyền<sup>1</sup>, Ninh Quốc Đạt<sup>1</sup>, Tạ Anh Tuấn<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ của một số Immunoglobuline ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh trên 138 bệnh nhi nhiễm trùng huyết được điều trị tại khoa Điều trị tích cực nội khoa, bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 5/2022 đến 7/2023. **Kết quả:** 26 bệnh nhân có giảm nồng độ Immunoglobuline trong đó giảm đơn thuần IgM và IgG

là có 57,7% và 30,8%. Có 11,5% giảm IgG+IgM. 52 trường hợp tăng nồng độ Immunoglobuline thì tăng IgA đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,2%, tăng đồng thời IgM + IgA với 23,1%; tăng thấp nhất là đồng thời IgA+IgG với 1,9%. Tăng cả (IgA + IgG +IgM) có 17,3%. Không có sự khác biệt về thay đổi nồng độ IgA, IgG và IgM giữa nhóm nhiễm khuẩn huyết có sốc và không có sốc. **Kết luận:** Có tình trạng thay đổi nồng độ cả tăng và giảm một số Immunoglobuline miễn dịch (IgG, IgM và IgM) ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết nặng. Tuy nhiên không có sự khác biệt về sự thay đổi nồng độ của IgG, IgM và IgA giữa hai nhóm nhiễm khuẩn huyết có sốc và không có sốc. **Từ khóa:** Globulin miễn dịch, nhiễm khuẩn huyết nặng

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Anh Tuấn

Email: drtuanpicu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

## SUMMARY

### CONCENTRATIONS OF SOME IMMUNOGLOBULINS IN PEDIATRIC