

Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan lớn bằng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư gan nguyên phát

Short-term outcomes of major hepatectomy by the Glissonean pedicle approach using Takasaki's method for hepatocellular carcinoma

Vũ Văn Quang*,
Trương Mạnh Cường**,
Vũ Thị Hồng Anh***

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,*
***Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên,*
****Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan lớn ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư gan nguyên phát. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan lớn điều trị ung thư gan nguyên phát bằng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2022. *Kết quả:* Phẫu thuật đã được thực hiện cho 60 bệnh nhân. Tuổi trung bình: $56,62 \pm 12,35$ tuổi; 86,7% bệnh nhân là nam giới; tỷ lệ mắc viêm gan B: 68,3%. Chỉ số AFP trung bình: $3105,24 \pm 17951,59$ ng/ml. Kích thước khối u trung bình $7,48 \pm 2,91$ cm. Cắt gan phải là chủ yếu, chiếm 48,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình: $185,92 \pm 55,97$ phút, lượng máu mất trung bình: $279 \pm 180,89$ ml; tỷ lệ truyền máu trong mổ: 10%. Thời gian nằm viện trung bình: $9,38 \pm 4,79$ ngày. Biến chứng gặp ở 16 (26,7%) bệnh nhân bao gồm: Tràn dịch màng phổi (13,3%), rò mật (8,3%), nhiễm khuẩn vết mổ (5,0%), cổ trướng (3,3%). Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien: I (13,3%), II (6,7%), IIIa (5,0%), IIIb (1,7%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. *Kết luận:* Phẫu thuật cắt gan lớn bằng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư gan nguyên phát là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Cắt gan lớn, cắt gan giải phẫu, kiểm soát cuống Takasaki, ung thư gan nguyên phát.

Summary

Objective: To evaluate the short-term outcomes of Takasaki's glissonean pedicles approach in major hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *Subject and method:* This was a combined retrospective and prospective descriptive study of the cases who underwent major hepatectomy using Takasaki's Glissonean pedicles approach for hepatocellular carcinoma at 108 Military Central Hospital from January 2021 to June 2022. *Result:* Elective surgery was performed for 60 patients. The average age was 56.62 ± 12.35 years; 86.7% of patients were male; hepatitis B related: 68.3%. The mean AFP was 13105.24 ± 17951.59 ng/ml. The mean tumor size was 7.48 ± 2.91 cm. Right hepatectomy had the majority (48.3%). The mean operation time was 185.92 ± 55.97 min, the mean blood loss was 279 ± 180.89 ml, and the need for blood transfusion was required in 6 (10%) patients. The average length of hospital stay was 9.38 ± 4.79 days. Postoperative complications occurred in 16 patients (26.7%) included: Pleural effusion (13.3%), bile leakage (8.3%), wound infection (5.0%) and ascites (3.3%). The classification of

Ngày nhận bài: 27/9/2022, ngày chấp nhận đăng: 11/10/2022

Người phản hồi: Vũ Văn Quang, Email: quangptth108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

complications according to Clavien were: I (13.3%), II (6.7%), IIIa (5.0%), and IIIb (33.3%). There was no perioperative mortality. *Conclusion:* A feasible, safe, and effective method is a major hepatectomy using Takasaki's Glissonean pedicles approach for hepatocellular carcinoma.

Keywords: Major hepatectomy, anatomical liver resection, Glissonean pedicles approach, hepatocellular carcinoma.

1. Đặt vấn đề

Ung thư gan nguyên phát (UTGNP) là bệnh lý thường gặp, theo GLOBOCAN (2020), có tới 905.667 trường hợp mới mắc, 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 UTGNP, đứng đầu trong các loại ung thư tại nước ta [1]. Tỉ lệ tử vong gần bằng 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 gan nguyên phát: 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 gan nguyên phát 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 lớn là từ 3 hạ phân thùy trở lên, được nhiều tác giả đánh giá là khó vì phải đối diện với nhiều vấn đề trong khi mổ như mất máu, thời gian mổ kéo dài, suy gan sau mổ do cắt bỏ quá nhiều nhu mô hoặc tổn thương cuống gan của phần gan để lại. Năm 1986, Takasaki (Nhật Bản) giới thiệu kỹ thuật cắt gan kiểm soát cuống Glisson tại rốn gan, phương pháp của tác giả tỏ rõ nhiều ưu việt, đặc biệt là trong cắt gan lớn điều trị ung thư gan nguyên phát nhờ xác định chính xác diện cắt gan, giúp cắt gan theo giải phẫu một cách an toàn, hạn chế sự thiếu máu nhu mô phần gan để lại, giảm mất máu và tránh phát tán tế bào ung thư sang các phân thùy gan lân cận khi mổ [2].

Trên thế giới, đã có các nghiên cứu về cắt gan lớn theo Takasaki điều trị ung thư gan nguyên phát, các nghiên cứu này đã chỉ ra sự khác nhau về đặc điểm kỹ thuật cũng như kết quả của phẫu thuật so với các phương pháp khác.

Tại Việt Nam, cắt gan lớn điều trị ung thư gan nguyên phát cũng được đề cập đến trong một số nghiên cứu tại các trung tâm ngoại khoa lớn như: Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Chợ Rẫy...

Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki được thực hiện thường quy trong phẫu thuật cắt gan lớn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan lớn bằng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư gan nguyên phát.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các trường hợp đã được phẫu thuật cắt gan lớn điều trị ung thư gan nguyên phát bằng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki, từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.1. 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).

2.2.2. 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, hoặc chữ T (cho các trường hợp u kích thước lớn) hoặc đường trắng giữa trên rốn (cho các khối u gan trái).

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 túi mật.

Phẫu tích vào rốn gan kiểm soát cuống Glisson: Cuống Glisson phải, cuống Glisson trái, cuống Glisson phân thùy trước, cuống Glisson hạ phân thùy 4.



Hình 1. Kiểm soát cuống Glisson trái

Nguồn: BN Nguyễn Đức L. 80T, số BA: 22587727

Đặt garo chờ ở cuống gan.

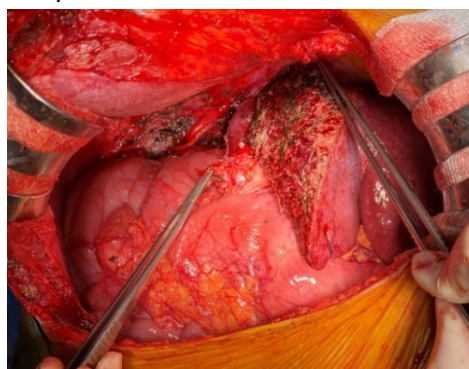
Bước 5: Cắt gan

Cặp cuống Glisson: Thấy rõ đường ranh giới giữa vùng gan thiếu máu nuôi dưỡng (sẫm màu) và gan bình thường. Đánh dấu diện cắt gan.

Cắt nhu mô gan: Bằng Kelly, dao siêu âm, Ligasure, dao Thunderbeat hoặc CUSA. Trong quá trình cắt nhu mô gan có thể cặp cuống gan toàn bộ ngắt quãng, thời gian cặp mỗi lần không quá 20 phút, giữa các lần cặp nghỉ 5 phút.

Sau khi nhu mô gan được cắt và cuống Glisson được bộc lộ rõ; cặp, và cắt cuống Glisson (có thể dùng Stapler). Tĩnh mạch gan, các nhánh bên lớn của tĩnh mạch gan được khâu (có thể dùng Stapler).

Cầm máu diện cắt gan: Khâu cầm máu bằng chỉ Prolene hoặc đốt điện bằng dao đơn cực, dao lưỡng cực (dao Bipolar).



Hình 2. Diện cắt gan phải

Nguồn: BN Nguyễn Thị S. 62T, số BA: 22397719

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

Che phủ diện cắt bằng surgical.

Bước 6: Lau rửa ổ bụng, có thể dẫn lưu dưới gan, đóng bụng theo lớp giải phẫu. Mẫu bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh ngay sau phẫu thuật.

2.2.3. 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 trên cắt lớp vi tính. Trong mổ: Loại cắt gan lớn, thời gian cắt nhu mô gan, thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất, 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. Thời gian nằm viện.

2.2.4. 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.

3. Kết quả

Từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022 đã có 60 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan lớn bằng kỹ thuật kiểm soát Glisson theo Takasaki tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi)		56,62 ± 12,35
Giới (n, %)	Nam	52 (86,7)
	Nữ	8 (13,3)
Đau bụng (n, %)		37 (61,7)
Phát hiện tình cờ (n, %)		27 (45)
HBsAg (+) (n, %)		41 (68,3)
Anti HCV (+) (n, %)		7 (11,7)
AFP trung bình (ng/ml)		3105,24 ± 17951,59
Kích thước trung bình u trên CLVT (cm)		7,48 ± 2,91
Giai đoạn bệnh theo TNM (n, %)	IB	25 (41,7)
	II	27 (45)
	IIIA	8 (13,3)
Đánh giá chức năng gan		Child-Pugh A: 100%

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu: 56,62 ± 12,35 (tuổi), nam chiếm đa số (86,7%). Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (61,7%); tỷ lệ mắc viêm gan B: 45%, tỷ lệ mắc viêm gan C: 11,7%; AFP trung bình: 3105,24 ± 17951,59 (ng/ml); kích thước trung bình u trên CLVT: 7,48 ± 2,91 (cm). 45% ở giai đoạn II theo TNM. 100% Child-Pugh A.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Loại cắt gan

Bảng 2. Loại cắt gan

Loại cắt gan	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Gan phải	29	48,3
Gan trái	18	30
Gan phải mở rộng (4-5-6-7-8)	1	1,7
Gan trái mở rộng (2-3-4-5-8)	2	3,3
Cắt gan trung tâm (4-5-8)	10	16,7
Tổng	60	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy: Cắt gan phải là chủ yếu, chiếm 48,3%.

3.2.2. Kết quả trong mổ

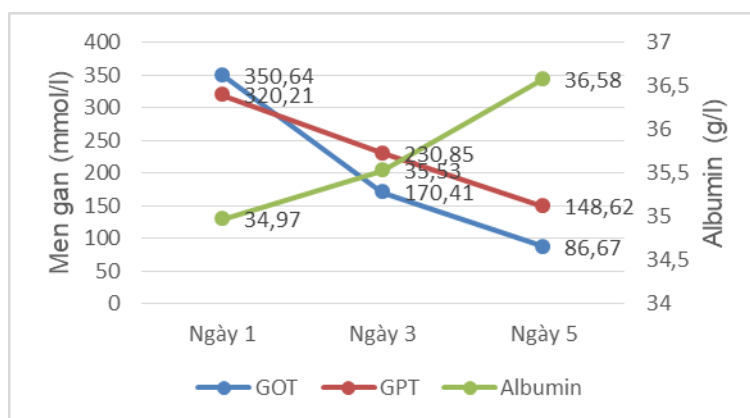
Bảng 3. Kết quả trong mổ

Chỉ số	Kết quả
Kiểm soát cuống Glisson thành công (n, %)	60 (100)
Thời gian cắt nhu mô trung bình (phút)	59,80 ± 19,884
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	185,92 ± 55,97
Lượng máu mất trung bình (ml)	279 ± 180,89
Số BN phải truyền máu (n, %)	6 (10)

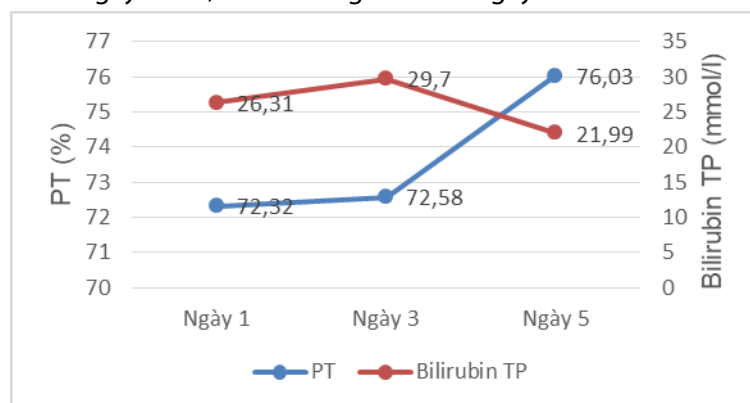
Nhận xét: Bảng 3 cho thấy 100% BN được kiểm soát cuống thành công, 100% BN được kẹp cuống toàn bộ ngắt quãng trong quá trình cắt nhu mô gan. Thời gian cắt nhu mô trung bình: 59,80 ± 19,884 phút; thời gian phẫu thuật trung bình: 185,92 ± 55,97 phút. Lượng máu mất trung bình là 279 ± 180,89ml, tỷ lệ truyền máu trong mổ: 10%.

3.3. Kết quả sớm sau mổ

3.3.1. Xét nghiệm

**Biểu đồ 1.** Men gan và albumin sau phẫu thuật

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

**Biểu đồ 2.** Prothrombin (%) và bilirubin toàn phần sau phẫu thuật

Nhận xét: Prothrombin (%) sau mổ có xu hướng thấp nhất ở ngày 1, sau đó tăng dần. Trong khi bilirubin TP (mmol/l) thường tăng cao nhất ở ngày 3, sau đó giảm dần về bình thường vào ngày thứ 5 sau mổ.

3.3.2. Biến chứng

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Tần số (n)	Tỉ lệ %
Tràn dịch màng phổi	8	13,3
Cổ trướng	2	3,3
Rò mật	5	8,3
Nhiễm khuẩn vết mổ	3	5,0

Nhận xét: Có 16 (26,7%) BN gặp biến chứng sau mổ. Biến chứng thường gặp nhất là tràn dịch màng phổi, chiếm 13,3%. Không có BN nào có biến chứng suy gan, áp xe, chảy máu trong ổ bụng. Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo: I (33,3%), II (6,7%), IIIa (5,0%), IIIb (1,7%). 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 9,38 ± 4,79 ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 41 ngày.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 56,62 ± 12,35 tuổi, nam giới chiếm đa số (86,7%), triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng vùng hạ sườn phải chiếm 61,7%, có 39,3% 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, số liệu Bảng 1 cho thấy có 68,3% các trường hợp mắc viêm gan B. Kết quả tương tự nghiên cứu của các tác giả: Lê Văn Thành (2016) [3]: Độ tuổi trung bình (48,4 ± 12,7 tuổi), đau bụng (75,0%), viêm gan B (71,9%); Vũ Văn Quang (2019) [4]: Độ tuổi trung bình (52,16 ± 11,06 tuổi), viêm gan B (76,4%). Nghiên cứu của Lee (2016) [5], tại Hàn Quốc về UTGNP thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiễm viêm gan virus B: 65,3%.

Thống kê cho thấy: AFP trung bình 3105,24 ± 17951,59ng/ml và kích thước trung bình khối u: 7,48 ± 2,91mm (Bảng 1). Kết quả cao hơn hẳn nghiên cứu của Vũ Văn Quang (2019) 335,93 ± 638,07ng/ml [4], nhưng lại thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019) 5244,45 ± 21294,56ng/ml [6].

4.2. Kết quả phẫu thuật

4.2.1. Loại phẫu thuật

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 chủ yếu là cắt gan phải 48,3% (Bảng 2). Kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki được thực hiện thành công đối với tất cả các trường hợp.

Trong nghiên cứu của Vũ Văn Quang (2018), cắt gan lớn chiếm 20,7% trong đó: Cắt gan trái (7,5%), cắt gan phải (7,5%). Nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019) tiến hành cắt gan lớn cho 31 bệnh nhân, trong đó cắt gan phải là chủ yếu (51,6%) [6].

4.2.2. Kết quả trong mổ

Lượng máu mất và số bệnh nhân cần truyền máu: Kết quả nghiên cứu cho thấy: Lượng máu mất trung bình: 279 ± 180,89ml, ít nhất là 50ml, nhiều nhất là 1000ml (Bảng 3). Tương đương kết quả của Trịnh Quốc Đạt (2019) [6]: Máu mất trung bình của 31 trường hợp cắt gan lớn là 248,4 ± 98,0ml. Lượng máu mất trong cắt gan lớn của chúng tôi ít hơn các nghiên cứu của: Karamarkovic (2016) là 485,4 ± 250,2ml [7], Lee (2016) là 790,03 ± 21,09ml [5]; nhưng nhiều hơn nghiên cứu của Yoon (2016) là 136,1 ± 112,9ml [8]. Nanashima và cộng sự (2013), nhận xét: Lượng máu mất trên 1500ml có nguy cơ làm giảm thời gian sống thêm của bệnh nhân. Do đó, 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 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 850ml trở lên [9]. Thống kê cho thấy có 6 BN (10%) cần truyền máu trong mổ

(Bảng 3). Kết quả thu được thấp hơn thống kê của Yoon (2016) chỉ 5 BN (4%) cắt gan lớn cần truyền máu trong mổ [8].

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 cắt nhu mô gan trung bình là $59,80 \pm 19,884$ phút, thời gian mổ trung bình là $185,92 \pm 55,970$ phút (Bảng 3). Nghiên cứu của Karamarkovic (2016): Thời gian cắt nhu mô gan: $96,3 \pm 65,2$ phút, thời gian mổ: $225,6 \pm 75,6$ phút đối với cắt gan lớn [7].

4.3. Kết quả sớm sau mổ

4.3.1. Xét nghiệm

Phẫu thuật cắt gan có tác động rất lớn đến chuyển hóa, 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. Dự đoán hoặc xác định kịp thời các biến chứng sau mổ giúp cải thiện đáng kể kết quả phẫu thuật. Ngoài các biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu cũng cung cấp những thông tin có giá trị giúp cho chẩn đoán biến chứng sau mổ, điều trị và tiên lượng.

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 1).

Tỷ lệ prothrombin và bilirubin toàn phần trái ngược nhau. Prothrombin thường giảm ngày 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 2).

4.3.2. Biến chứng

Theo Steven (2018), tỷ lệ biến chứng sau mổ cắt gan điều trị UTGNP 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 16 BN, chiếm 26,7%, kết quả này tương tự nghiên cứu của Takahara (2016) gặp 23,4%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tràn dịch màng phổi là biến chứng thường gặp nhất: 13,3% (Bảng 4) phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả [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, phần lớn được điều trị nội khoa hoặc chọc hút dịch, ít khi phải dẫn lưu màng phổi. Trong nghiên cứu có 8 BN bị biến chứng tràn dịch màng phổi: 4 (6,7%) BN được điều trị nội khoa, 3 (5%) BN được chọc hút dịch, đặc biệt có 1 BN phải mổ gỡ dính, lau rửa, dẫn lưu khoang màng phổi, các BN đều ổn định.

Cổ chướng cũng là biến chứng hay gặp sau mổ cắt gan đặc biệt trong những trường hợp xơ gan. Tỷ lệ này trong nghiên cứu gặp 3,3% (Bảng 4), được điều trị ổn định bằng lợi tiểu, truyền huyết tương tươi, đạm gan và albumin. Theo Steven (2018), cổ chướng 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].

Hiện nay, cắt gan điều trị UTGNP 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. Tuy nhiên, tỷ lệ rò mật sau cắt gan vẫn gặp từ 3 đến 10% [3], [6]. Mặc dù rò mật có thể điều trị hiệu quả bằng các phương pháp can thiệp tối thiểu như đặt: Dẫn lưu qua da hoặc stent đường mật..., song đối với những bệnh nhân phải mổ lại nguy cơ tử vong rất cao. Trong nghiên cứu gặp 5 (8,3%) bệnh nhân bị rò mật sau mổ (Bảng 4), được phát hiện khi thấy dịch mật chảy qua dẫn lưu ổ bụng hoặc có ổ đọng dịch mật quan sát được trên chẩn đoán hình ảnh. Những bệnh nhân không

đặt dẫn lưu trong mổ hoặc mật rò không chảy qua dẫn lưu được điều trị bằng đặt dẫn lưu qua da, không bệnh nhân nào phải phẫu thuật lại. Thực hiện các phương pháp kiểm tra rò mật trong mổ không thể loại trừ hoàn toàn nguy cơ rò mật sau mổ do các nhánh đường mật rất nhỏ ở hạ phân thùy bị tổn thương khi mổ không phát hiện được.

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 μ mol/l vào ngày thứ 5 sau mổ [3]. Không có BN nào trong nghiên cứu gặp biến chứng suy gan. Nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019) có tỷ lệ BN suy gan là 5,9% [6].

Phân độ nặng của biến chứng theo Clavien-Dindo, có 4 BN (6,7%) trong nghiên cứu có biến chứng nặng (loại III, loại IV), thấp hơn kết quả của Lee (2016) là 11% [5].

4.3.3. Thời gian nằm viện

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $9,38 \pm 4,79$ ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 41 ngày. Kết quả thu được thấy tương tự thời gian nằm viện trung bình qua thống kê của các tác giả trong và ngoài nước [4], [6].

5. Kết luận

Nghiên cứu qua 60 trường hợp phẫu thuật cắt gan lớn bằng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư gan nguyên phát cho thấy: Cắt gan phải chiếm 48,3%, cắt gan trái chiếm 30%, 100% BN được kiểm soát cuống thành công. Thời gian cắt nhu mô trung bình: $59,80 \pm 19,884$ phút; thời gian phẫu thuật trung bình: $185,92 \pm 55,97$ phút. Lượng máu mất trung bình là $279 \pm 180,89$ ml, tỷ lệ truyền máu trong mổ: 10%.

Có 26,7% BN gặp biến chứng sau mổ. Biến chứng thường gặp nhất là tràn dịch màng phổi, chiếm 13,3%. Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo: I (33,3%), II (6,7%), IIIa (5,0%), IIIb (1,7%). Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $9,38 \pm 4,79$ ngày.

Phẫu thuật cắt gan lớn bằng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư gan nguyên phát là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

1. IARC G (2020) *Cancer fact sheet: Liver cancer incidence and mortality worldwide*.
2. Takasaki K (2007) *Glissonian 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 CW, Tsai HI, Sung CM, 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 glissonian pedicle in the open anatomic liver resections: A single centre experience*. *Journal of Digestive Cancer Reports* 4(2): 113-121.
8. Yoon YI, Kim KH, Kang SH et al (2017) *Pure laparoscopic versus open right hepatectomy for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis*. *Annals of surgery* 26(5): 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): 485-493.
10. Curley SA, Barnett Jr CC, Abdalla EK et al (2017) *Surgical management of potentially resectable hepatocellular carcinoma*. *Monografía en Internet*] In: Ashley SW, Tanabe KK, editors *UpToDate* Waltham (MA): UpToDate.