

Mô tả biến chứng rò mật và tràn dịch màng phổi giữa 2 nhóm cắt gan mở và cắt gan nội soi điều trị ung thư biểu mô tế bào gan

Description of bile leak and pleural effusion between two groups open hepatectomy and laparoscopic hepatectomy for hepatocellular carcinoma

Lê Văn Thành*, Vũ Văn Quang*,
Nguyễn Văn Quỳnh**

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,*

***Bệnh viện Quân y 175*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả biến chứng rò mật và tràn dịch màng phổi giữa 2 nhóm cắt gan mở và cắt gan nội soi điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu hồi cứu những trường hợp ung thư biểu mô tế bào gan được cắt gan mở và cắt gan nội soi từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Kết quả:* Qua 107 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được cắt gan, trong đó 55 bệnh nhân cắt gan mở và 52 bệnh nhân cắt gan nội soi, kết quả so sánh giữa 2 nhóm cho thấy: Cắt gan lớn ở nhóm mổ mở chiếm tỷ lệ cao hơn (41,8% so với 30,8%), thời gian phẫu thuật ở nhóm mổ mở ngắn hơn ($167,6 \pm 37,8$ phút so với $194,5 \pm 66,2$ phút), lượng máu mất trong mổ và tỷ lệ truyền máu không có sự khác biệt ($264,9 \pm 280,1$ ml so với $248,7 \pm 171,6$ ml; 7,3% so với 3,8%); tỷ lệ rò mật (5,4% so với 3,8%) và tràn dịch màng phổi (3,6% so với 3,8%) giữa 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p=0,435$ và $0,91$; thời gian nằm viện sau phẫu thuật giữa ở hai nhóm là $9,6 \pm 4,8$ và $8,8 \pm 3,8$ ngày. *Kết luận:* Cắt gan mở và cắt gan nội soi điều trị ung thư biểu mô tế bào gan không có sự khác nhau về biến chứng rò mật và tràn dịch màng phổi phải sau phẫu thuật.

Từ khóa: Cắt gan, phẫu thuật nội soi, biến chứng.

Summary

Objective: To describe bile leak and pleural effusion between two groups of open hepatectomy and laparoscopic hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *Subject and method:* Retrospective study of cases of hepatocellular carcinoma undergoing open hepatectomy and laparoscopic hepatectomy from August 2020 to August 2021 at 108 Military Central Hospital. *Result:* Through 107 patients with hepatocellular carcinoma undergoing hepatectomy, in which 55 patients with open hepatectomy and 52 patients with laparoscopic hepatectomy, the comparison results between the two groups showed that: Major liver resection in the open surgery group accounted for a higher rate (41.8% vs. 30.8%), shorter operation time in the open surgery group (167.6 ± 37.8 minutes and 194.5 ± 66.2 minutes), blood loss intraoperative and blood transfusion rates were not different (264.9 ± 280.1 ml vs. 248.7 ± 171.6 ml; 7.3% vs. 3.8%); The rate of bile leak (5.4% vs. 3.8%) and pleural effusion (3.6% vs. 3.8%) between the two groups were not statistically significant with $p=0.435$ and 0.91 ; The mean post-operative

Ngày nhận bài: 10/3/2023, *ngày chấp nhận đăng:* 22/3/2023

Người phản hồi: Vũ Văn Quang, *Email:* quangptth108@gmail.com - *Bệnh viện TWQĐ 108*

hospital stay in the two groups was 9.6 ± 4.8 and 8.8 ± 3.8 days. *Conclusion:* Open hepatectomy and laparoscopic hepatectomy for hepatocellular carcinoma have no difference in complications of bile leak and pleural effusion post-operative.

Keywords: Liver resection, laparoscopy, complications.

1. Đặt vấn đề

Phẫu thuật nội soi cắt gan phát triển mạnh mẽ trong những thập kỉ gần đây. Trường hợp cắt gan nội soi không điển hình đầu tiên được báo cáo năm 1991 và cắt gan theo giải phẫu vào năm 1996 [1]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi có thể cắt gan hoàn toàn theo giải phẫu giống như mổ mở như: Cắt gan hạ phân thùy, cắt phân thùy, cắt gan phải, cắt gan trung tâm và cắt gan trái. Đồng thời, phẫu thuật nội soi cũng đã ứng dụng để lấy mảnh ghép gan trong ghép gan từ người hiến sống. Lợi ích của cắt gan nội soi bao gồm: ít đau sau mổ, tỷ lệ nhiễm khuẩn thấp hơn, hồi phục sớm, tính thẩm mỹ cao và thời gian nằm viện ngắn [1], [2], [3].

Bên cạnh những ưu điểm thì phẫu thuật nội soi cắt gan cũng như mổ mở vẫn luôn tiềm ẩn những biến chứng của cắt gan nói chung như: chảy máu, suy gan, rò mật... có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, thời gian sống của bệnh nhân thậm chí là tử vong [4].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt gan chỉ phát triển ở một số ít trung tâm lớn như Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Việt Đức... Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, phẫu thuật nội soi cắt gan phát triển trong 5 năm trở lại đây, hiện nay chiếm khoảng 40% trong tổng số phẫu thuật cắt gan hàng năm, với nhiều nghiên cứu được thực hiện; tuy nhiên, chưa có nghiên cứu so sánh về biến chứng sau phẫu thuật giữa 2 nhóm phẫu thuật cắt gan mở và nội soi, đặc biệt là rò mật và tràn dịch màng phổi. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *So sánh biến chứng rò mật và tràn dịch màng phổi sau phẫu thuật cắt gan mở và nội soi điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại khoa Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật cắt gan mở và cắt gan nội soi

từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu hồi cứu, mẫu thuận tiện, phân hai nhóm là ngẫu nhiên.

Chỉ định cắt gan nội soi

Bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan xếp loại giai đoạn từ I đến IIIA theo phân loại TNM của AJCC (2018) bằng cắt lớp vi tính trước mổ.

Chức năng gan: xếp loại Child-Pugh A.

Bilirubin toàn phần trong máu $\leq 34,2$ mmol/l (Với bệnh nhân có bilirubin toàn phần 20,5-34,2 mmol/l chỉ thực hiện cắt gan hạ phân thùy ở ngoại vi, phân thùy trái bên).

Tỉ số giữa thể tích phần gan còn lại sau cắt gan lớn và thể tích gan toàn bộ $\geq 30\%$ đối với gan bình thường, $\geq 40\%$ đối với gan xơ.

Số lượng tiểu cầu $\geq 80.000/\text{mm}^3$ (Với BN có số lượng tiểu cầu 80.000-100.000, chỉ thực hiện cắt gan hạ phân thùy ở ngoại vi, phân thùy trái bên).

Tĩnh mạch thực quản: không dẫn hay dẫn độ I, II.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng trước và trong phẫu thuật: giới, tuổi, BMI, viêm gan B-C, bilirubin toàn phần, albumin, prothrombin, tiểu cầu, Child-Pugh, cắt gan lớn, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, số bệnh nhân cần truyền máu; tỷ lệ biến chứng rò mật, tràn dịch màng phổi sau phẫu thuật và thời gian nằm viện.

Định nghĩa biến chứng rò mật: Dựa vào tiêu chuẩn của Hội Nghiên cứu Quốc tế về Phẫu thuật Gan (International Study Group of Liver Surgery - ISGLS), rò mật sau khi cắt gan được định nghĩa là nồng độ bilirubin dịch dẫn lưu cao gấp ba lần so với nồng độ bilirubin trong máu ở ngày thứ 3 sau phẫu thuật hoặc thấy rò mật qua chụp đường mật hoặc viêm phúc mạc mật khi mổ [5].

Định nghĩa biến chứng tràn dịch màng phổi: Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng đau tức ngực, khó thở, siêu âm/chụp cắt lớp vi tính có dịch màng phổi mức độ vừa hoặc nhiều mà cần phải can thiệp chọc hút/dẫn lưu dịch màng phổi [6].

2.3. Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, 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. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả

Từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021 có 107 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật cắt gan tại Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tuy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Trong đó có 55 bệnh nhân được cắt gan mở và 52 bệnh nhân được cắt gan nội soi.

3.1. Đặc điểm trước và trong phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm trước và trong phẫu thuật

Đặc điểm	Cắt gan mở	Cắt gan nội soi	Giá trị p
Nam giới, n (%)	41 (74,5)	47 (90,4)	-
Tuổi trung bình (tuổi)	57,2 ± 10,8	56,5 ± 12,8	0,08
BMI (kg/m ²)	22,1 ± 2,3	22,3 ± 2,9	0,152
Viêm gan B, n (%)	45 (81,8)	31 (59,6)	0,000
Viêm gan C, n (%)	3 (5,4)	0 (0,0)	0,000
Bilirubin toàn phần	16,3 ± 14,9	13,01 ± 5,7	0,019
Albumin (g/l)	40,5 ± 3,4	40,3 ± 3,5	0,982
Prothrombin (%)	96,0 ± 11,4	98,8 ± 12,5	0,732
Tiểu cầu (G/l)	238,0 ± 88,2	217,2 ± 55,8	0,004
Child-Pugh A, n (%)	55 (100)	52 (100)	-
Cắt gan lớn, n (%)	23 (41,8)	16 (30,8)	0,025
Thời gian phẫu thuật (phút)	167,6 ± 37,8	194,5 ± 66,2	0,001
Máu mất trong mổ (ml)	264,9 ± 280,1	248,7 ± 171,6	0,194
Số bệnh nhân cần truyền máu, n (%)	4 (7,3)	2 (3,8)	0,125

Nhận xét: Kết quả cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm đa số ở cả 2 nhóm với 74,5% và 90,4%; độ tuổi trung bình và BMI ở 2 nhóm tương đương nhau là 57,2 ± 10,8 tuổi và 56,5 ± 12,8 tuổi, 22,1 ± 2,3kg/m² và 22,3 ± 2,9kg/m²; tỷ lệ cắt gan lớn ở 2 nhóm là 41,8% và 30,8%; có sự khác nhau về thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm mổ mở và nội soi lần lượt là 167,6 ± 37,8 phút và 194,5 ± 66,2 phút, nhưng không có sự khác nhau giữa lượng máu mất trong mổ và tỷ lệ truyền máu.

3.2. Biến chứng rò mật và tràn dịch màng phổi

Bảng 2. Biến chứng rò mật và tràn dịch màng phổi

Biến chứng	Cắt gan mở	Cắt gan nội soi	Giá trị p
Rò mật, n (%)	3 (5,4)	2 (3,8)	0,435
Tràn dịch màng phổi, n (%)	2 (3,6)	2 (3,8)	0,91

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng rò mật và tràn dịch màng phổi phải giữa nhóm cắt gan mở và cắt gan nội soi khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến rò mật, tràn dịch màng phổi

Yếu tố liên quan		Tuổi (n = 107)	BMI (kg/m ²) (n = 107)	Cắt gan lớn n (%)	Thời gian phẫu thuật (phút) (n = 107)	Truyền máu n (%)
Rò mật	Có (n = 5)	54,4 ± 10,9	24,5 ± 2,3	4 (80,0)	246,0 ± 45,1	0 (0,0)
	Không	57,0 ± 11,8	22,1 ± 2,5	-	178,2 ± 54,4	-
	Giá trị p	0,813	0,936	-	0,683	-
Tràn dịch màng phổi	Có (n = 4)	61,5 ± 17,6	23,9 ± 2,0	2 (50,0)	225,0 ± 52,6	0 (0,0)
	Không	56,7 ± 11,6	22,1 ± 2,6	-	179,8 ± 55,5	-
	Giá trị p	0,31	0,48	-	0,873	-

Nhận xét: Chỉ số BMI, thời gian phẫu thuật của bệnh nhân rò mật cao hơn bệnh nhân không rò mật, 4/5 bệnh nhân cắt gan lớn rò mật chiếm tỷ lệ 80%. Tuổi, BMI, thời gian phẫu thuật trung bình của bệnh nhân tràn dịch màng phổi cao hơn bệnh nhân không có tràn dịch màng phổi. Không có sự liên quan giữa tuổi, BMI, thời gian phẫu thuật đến biến chứng rò mật và tràn dịch màng phổi với $p > 0,05$.

3.3. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện sau mổ giữa 2 nhóm cắt gan mở và cắt gan nội soi lần lượt là $9,6 \pm 4,8$ ngày và $8,8 \pm 3,8$ ngày, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,73$.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm trước và trong phẫu thuật

Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu chiếm đa số ở cả hai nhóm với 74,5% và 90,4%, đây là đối tượng thường xuyên sử dụng rượu bia, tỷ lệ mắc bệnh gan mạn tính, xơ gan cao. Độ tuổi trung bình lần lượt là $57,2 \pm 10,8$ tuổi và $56,5 \pm 12,8$ tuổi, chủ yếu là độ tuổi trung niên và cao tuổi. Chỉ số BMI giữa hai nhóm lần lượt là $22,1 \pm 2,3 \text{ kg/m}^2$ và $22,3 \pm 2,9 \text{ kg/m}^2$, không có bệnh nhân bị suy dinh dưỡng và không có sự khác nhau giữa 2 nhóm do phần lớn bệnh nhân tình cờ phát hiện khối u gan qua thăm khám định kỳ hoặc có biểu hiện đau tức hạ sườn phải, chỉ một số ít bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi, ăn uống kém hay

gầy sút cân lúc nhập viện. Tỷ lệ nhiễm virus viêm gan rất cao đều trên 50% ở cả hai nhóm. Trong 2 nhóm nghiên cứu, 100% bệnh nhân có điểm Child-Pugh A, đáp ứng đủ tiêu chuẩn khi thực hiện phẫu thuật cắt gan lớn. Ở nhóm cắt gan mở, tỷ lệ cắt gan lớn là 41,8% và ở nhóm cắt gan nội soi là 30,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,025$.

Nghiên cứu của Palanisamy và cộng sự (2015) về cắt gan lớn nội soi đã kết luận rằng: Cắt gan lớn nội soi là một công việc phức tạp, yêu cầu phải có kinh nghiệm trong cả phẫu thuật nội soi và phẫu thuật cắt gan, nó có thể khả thi, an toàn và đáp ứng tiêu chuẩn ung thư ở những bệnh nhân được chọn lựa chặt chẽ và phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Trong nghiên cứu của tác giả, độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $54,8 \pm 15,3$ tuổi, tương đương với độ tuổi nghiên cứu của chúng tôi [1].

Tác giả Gurbadam (2019) nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cắt gan ở những nước đang phát triển đã kết luận: Những bệnh nhân với kích thước u nhỏ, ở vị trí thùy trái, hạ phân thùy 4, 5, 6 là khả thi và an toàn [2].

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật giữa hai nhóm cắt gan mở và cắt gan nội soi lần lượt là: $167,6 \pm 37,8$ và $194,5 \pm 66,2$ phút, thời gian phẫu thuật mở ngắn hơn có ý nghĩa thống kê bởi phẫu thuật nội soi cần tiếp cận tỉ mỉ, chi tiết hơn, các thao tác kỹ thuật thực hiện mất nhiều thời gian hơn và khi xử trí các tình huống như chảy máu cũng

lâu hơn mổ mở. Lượng máu mất trung bình lần lượt là $264,9 \pm 280,1$ ml và $248,7 \pm 171,6$ ml, tỷ lệ truyền máu là 7,3% và 3,8%, không có sự khác biệt.

Nghiên cứu của Palanisamy và cộng sự (2015), thời gian phẫu thuật trung bình là $227,4 \pm 51,8$ phút, lượng máu mất trung bình là $265,5 \pm 143,4$ ml và 10,7% bệnh nhân cần truyền máu, cao hơn so với trung tâm của chúng tôi, điều này có thể được giải thích là vì nghiên cứu của ông được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân cắt gan lớn nên kĩ thuật có thể phức tạp hơn, chảy máu nhiều hơn và thời gian mổ kéo dài hơn [1].

4.2. Biến chứng rò mật và tràn dịch màng phổi

Tác giả Valente và cộng sự (2017) nghiên cứu về cắt gan trái nội soi hoàn toàn ở bệnh viện Henri Mondor từ năm 1996, ông thấy nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi thời gian mổ kéo dài hơn và lượng máu mất trong mổ ít hơn, tỷ lệ tử vong giữa hai nhóm tương đương nhau [7]. Li và cộng sự (2019) so sánh phẫu thuật cắt gan mở và cắt gan trung tâm nội soi đã kết luận rằng phẫu thuật cắt gan trung tâm nội soi ít biến chứng hơn và không ảnh hưởng đến thời gian sống khi so với cắt gan mở, phẫu thuật nội soi có thể là một lựa chọn an toàn và hợp lý đối với ung thư biểu mô gan ở vị trí trung tâm [8]. Heijde và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 399 bệnh nhân cắt gan phân thùy sau thuộc 9 trung tâm ở Châu Âu thấy rằng, nhóm phẫu thuật nội soi có thời gian mổ ngắn hơn, ít mất máu hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn, tuy nhiên không có sự khác nhau về biến chứng sau mổ giữa hai nhóm [9]. Campos và cộng sự (2013) trong 10 năm thực hiện 132 cắt gan nội soi ở 129 bệnh nhân đã đưa ra kết luận: Cắt gan nội soi có kết quả tương đương cắt gan mở về tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ tử vong và thời gian sống 5 năm nhưng đem lại những lợi ích của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu [3].

Rò mật sau phẫu thuật cắt gan là biến chứng thường gặp với tỷ lệ 2,9-17% [5]. Tỷ lệ biến chứng rò mật trong nghiên cứu là 5,4% ở nhóm cắt gan mở và 3,8% ở nhóm cắt gan nội soi, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p=0,435$. Các nghiên cứu phân tích các yếu tố nguy cơ và tỷ lệ rò mật sau phẫu

thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan thường gặp trong cắt gan lớn, đặt biệt cắt gan có hai diện cắt như: cắt gan phân thùy trước, cắt gan trung tâm hoặc cắt gan hạ phân thùy 1 [5], [10]. Nguyên nhân phổ biến của rò mật sau phẫu thuật là: (1) Cắt cụt đoạn xa của ống mật ở phần gan còn lại, đây là nguyên nhân phổ biến nhất; (2) Rò tại miệng nối mật ruột, hoặc đường khâu không hoàn toàn quanh chân Kehr; (3) tổn thương đường mật do kĩ thuật trong mổ không thích hợp [4].

Nghiên cứu của Sakamoto (2015) cho rằng: Cắt gan phức tạp và thời gian mổ kéo dài là những yếu tố nguy cơ độc lập của rò mật sau mổ [5]. Tác giả Dell và cộng sự (2016), tỷ lệ rò mật là 5,4% xảy ra sau mổ cắt gan lớn với thời gian phẫu thuật kéo dài và thời gian nằm viện lâu hơn [11]. Trong nghiên cứu, có 5 trường hợp rò mật sau mổ ở cả hai nhóm thì có 4 trường hợp cắt gan lớn và một trường hợp cắt gan hai hạ phân thùy, thời gian mổ trung bình là $246,0 \pm 45,1$ phút cao hơn so với $178,2 \pm 54,4$ phút của nhóm không rò mật, điều này cũng hoàn toàn phù hợp với kết luận của 2 nghiên cứu trên. Kết quả Bảng 3 cũng cho thấy không có sự liên quan giữa tuổi, BMI và thời gian phẫu thuật đến biến chứng rò mật.

Đối với các trường hợp rò mật: 04 trường hợp rò mật qua dẫn lưu dưới gan, trong đó có 01 trường hợp rò mật với số lượng lớn > 300 ml/ngày đã được nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent đường mật, 01 trường hợp phải đặt dẫn lưu ổ rò mật do trong mổ không dẫn lưu. Tất cả các trường hợp này đều được rút dẫn lưu ổ bụng sau 01 tháng.

Nghiên cứu của Yun (2017), đã cho rằng: Điều trị không mổ là chiến lược điều trị hiệu quả và xâm lấn tối thiểu đối với rò mật sau mổ, và lựa chọn phương pháp điều trị tùy thuộc từng loại rò mật; trong đó, nội soi mật tụy ngược dòng nên được xem là phương thức đầu tiên trong chẩn đoán và điều trị rò mật sau phẫu thuật gan mật [12]. Vaska và cộng sự (2019) đã kết luận: Kiểm tra rò mật thường quy trong mổ cắt gan làm giảm đáng kể tỷ lệ rò mật, thời gian nằm viện [13].

Tác giả Smith và cộng sự (2020) dựa trên số liệu của 3 trung tâm lớn thấy rằng tỷ lệ rò mật liên quan với cắt gan lớn và tăng lượng mất máu, nghiên cứu

cũng cho thấy: Tỷ lệ rò mật của những trung tâm lớn này ít hơn nhiều so với những báo cáo trước đó và cắt gan xâm lấn tối thiểu làm giảm tỷ lệ rò mật sau mổ [10].

Tỷ lệ biến chứng tràn dịch ở các trung tâm có tỷ lệ khác nhau. Sự khác biệt này được giải thích là do định nghĩa về các biến chứng chưa đồng nhất [2], [4], [6]. Tràn dịch màng phổi phản ứng có thể xảy ra sau cắt gan và thường là kết quả của tổn thương cơ hoành, tắc nghẽn tĩnh mạch lồng ngực hoặc hệ thống bạch huyết, hay thao tác phẫu thuật ở dây chằng vành. Tràn dịch màng phổi, thường xảy ra nhiều nhất ở bên phải có thể gây sốt nếu nó bị nhiễm khuẩn [4].

Trong nghiên cứu, tỷ lệ tràn dịch màng phổi sau mổ là 3,6% ở nhóm cắt gan mở và 3,8% ở nhóm cắt gan nội soi, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p=0,91$. Có 01 trường hợp cần đặt dẫn lưu khoang màng phổi phải do chọc hút không hiệu quả. Dẫn lưu được rút sau 07 ngày, bệnh nhân ổn định hoàn toàn ra viện vào ngày thứ 15 sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của Uchiyama (2016), yếu tố độc lập cho tràn dịch khoang màng phổi phải là viêm gan B, C, bạch cầu trước mổ thấp, mất máu trong mổ nhiều, thời gian mổ kéo dài, đường mổ dưới sườn và thời gian kiểm soát mạch máu vào gan kéo dài trong khi yếu tố nguy cơ duy nhất cho tràn dịch màng phổi trái là thời gian mổ kéo dài. Tràn dịch khoang màng phổi trái đã được chứng minh là một trong những yếu tố nguy cơ độc lập không chỉ gây tái phát ung thư biểu mô tế bào gan mà còn dẫn đến tử vong cho bệnh nhân. Nghiên cứu cũng đã kết luận tràn dịch màng phổi trái là điểm dự báo kết quả ung thư học sau mổ không tốt sau phẫu thuật cắt gan do ung thư và những bệnh nhân này cần theo dõi sát [6]. Tsai và cộng sự (2018) cho thấy có 6 yếu tố độc lập: Tuổi cao, BMI lớn, bệnh hen, hút thuốc lá nhiều, kết hợp phẫu thuật ống tiêu hoá và truyền máu trong mổ có liên quan với tràn dịch màng phổi sau phẫu thuật. Nhận biết và điều trị các yếu tố này có thể giảm tỷ lệ biến chứng và cải thiện kết quả gần của phẫu thuật [14].

Trong nghiên cứu, có 4 bệnh nhân tràn dịch màng phổi sau mổ, thời gian phẫu thuật trung bình cao hơn so với nhóm không có tràn dịch màng phổi

($225,0 \pm 52,6$ phút so với $179,8 \pm 55,5$ phút), tuổi trung bình và BMI đều cao hơn so với nhóm không có tràn dịch màng phổi ($61,5 \pm 17,6$ tuổi và $23,9 \pm 2,0\text{kg/m}^2$ so với $56,7 \pm 11,6$ tuổi và $22,1 \pm 2,6\text{kg/m}^2$), cả 4 bệnh nhân đều không phải truyền máu trong mổ. Không có sự liên quan giữa tuổi, BMI và thời gian phẫu thuật đến biến chứng tràn dịch màng phổi.

4.3. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu, thời gian nằm viện giữa 2 nhóm phẫu thuật cắt gan mở và phẫu thuật cắt gan nội soi lần lượt là $9,6 \pm 4,8$ ngày và $8,8 \pm 3,8$ ngày, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,73$. Palanisamy và cộng sự (2015): Thời gian nằm viện trung bình là 8 ngày (6–29) [1].

5. Kết luận

Nghiên cứu giữa cắt gan mở và cắt gan nội soi điều trị ung thư biểu mô tế bào cho thấy không có sự khác nhau về biến chứng rò mật (5,4% so với 3,8%) và tràn dịch màng phổi (3,6% so với 3,8%) sau phẫu thuật giữa hai nhóm.

Tài liệu tham khảo

1. Palanisamy S, Sabnis SC, Patel ND, Nalankilli VP, Vijai A, Palanivelu P, Ramkrishnan P, Chinnusamy P (2015) *Laparoscopic major hepatectomy technique and outcomes*. J Gastrointest Surg 19(12): 2215-2222. doi: 10.1007/s11605-015-2933-x.
2. Gurbadam U (2019) *Surgical outcome of laparoscopic liver resection in developing country*. HPB 21(S2).
3. Campos RR, Marín Hernández C, Lopez-Conesa A, Olivares Ripoll V, Paredes Quiles M, Parrilla Paricio P et al (2013) *Laparoscopic liver resection: lessons learned after 132 resections*. CIR ESP 91(8): 524-533.
4. Jin S, Fu Q, Wuyun G, Wuyun T (2013) *Management of post-hepatectomy complications*. World J Gastroenterol 19(44): 7983-7991.
5. Sakamoto K, Tamesa T, Yukio T, Tokuhisa Y, Maeda Y, Oka M (2016) *Risk Factors and Managements of Bile Leakage After Hepatectomy*. World J Surg 40: 182-189.
6. Uchiyama H, Harimoto N, Itoh S, Yoshizumi T, Ikegami T, Maehara Y (2016) *Pleural effusion after*

- hepatectomy for hepatocellular carcinoma: Risk Factor analyses and its impact on oncological outcomes.* World J Surg 41(4): 1089-1099. doi: 10.1007/s00268-016-3826-1.
7. Valente R, Sutcliffe R, Levesque E, Costa M, De' Angelis N, Tayar C, Cherqui D, Laurent A (2018) *Fully laparoscopic left hepatectomy - a technical reference proposed for standard practice compared to the open approach: A retrospective propensity score model.* HPB 20: 347-355.
 8. Li W, Han J, Xie G, Xiao Y, Sun K, Yuan K, Wu H (2019) *Laparoscopic versus open mesohepatectomy for patients with centrally located hepatocellular carcinoma: A propensity score matched analysis.* Surgical Endoscopy 33: 2916-2926.
 9. van der Heijde N, Ratti F, Aldrighetti L, Benedetti Cacciaguerra A, Can MF, D'Hondt M, Di Benedetto F, Ivanecz A, Magistri P, Menon K, Papoulas M, Vivarelli M, Besselink MG, Abu Hilal M (2020) *Laparoscopic versus open right posterior sectionectomy: An international, multicenter, propensity score-matched evaluation.* Surg Endosc 35(11): 6139-6149. doi: 10.1007/s00464-020-08109-y.
 10. Smith AA, Monlezun DJ, Martinie J, Iannitti D, Konstantinidis I, Darden M, Parker G, Fong Y, Buell JF (2020) *Bile leak reduction with laparoscopic versus open liver resection: A multi-institutional propensity score-adjusted multivariable regression analysis.* World J Surg 44(5): 1578-1585. doi: 10.1007/s00268-019-05343-x.
 11. Dell AJ, Krige JE, Jonas E, Thomson SR, Beningfield SJ, Kotze UK, Tromp SA, Burmeister S, Bernon MM, Bornman PC (2016) *Incidence and management of postoperative bile leaks: A prospective cohort analysis of 467 liver resections.* S Afr J Surg 54(3).
 12. Yun SU, Cheon YK, Shim CS, Lee TY, Yu HM, Chung HA, Kwon SW, Jeong TG, An SH, Jeong GW, Kim JW (2017) *The outcome of endoscopic management of bile leakage after hepatobiliary surgery.* Korean J Intern Med 32: 79-84.
 13. Vaska AI and Abbas S (2019) *The role of bile leak testing in liver resection: A systematic review and meta-analysis.* HPB 21: 148-156.
 14. Tsai KY, Chen HA, Wang WY, Huang MT (2018) *Risk factors analysis of postoperative pleural effusion after liver resection.* Dig Surg 36(6): 514-521. doi: 10.1159/000494218.