

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GAN PHÂN THÙY SAU (VI-VII)

Hồ Văn Linh¹, Nguyễn Thanh Xuân²

¹Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

²Khoa Cấp cứu Bụng - Ngoại Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mục tiêu của đề tài là phân tích đánh giá tính an toàn và tính khả thi của phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau điều trị ung thư gan.

Đối tượng, phương pháp: Bao gồm 25 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cắt gan nội soi từ 01/2020 - 12/2024 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Tuổi trung bình $56,8 \pm 9,3$ (38 - 76) tuổi, nam 100%. Kích thước khối u trung bình: $3,8 \pm 1,1$ (3,1 - 4,9) cm, số lượng khối u trung bình: $1,1 \pm 0,3$ (1 - 2). Kiểm soát hoàn toàn cuống gan phân thùy sau theo phương pháp Takasaki 96,0% bệnh nhân; tất cả bệnh nhân phải kẹp toàn bộ cuống gan trong khi cắt nhu mô gan và thời gian kẹp toàn bộ cuống gan $56,0 \pm 11,7$ (60 - 90) phút. Lượng máu mất trung bình $270,2 \pm 191,3$ (150 - 550) ml. Chuyển đổi kỹ thuật với 8,0% bệnh nhân. Thời gian phẫu thuật trung bình: $255,3 \pm 43,5$ (259 - 308) phút. Biến chứng sau phẫu thuật gồm 3 (12,0%) bệnh nhân, và không có tử vong sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình là $13,5 \pm 3,3$ (11 - 16) ngày.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng khi phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau được thực hiện bởi một phẫu thuật viên có kinh nghiệm thì đây là một phẫu thuật an toàn, hợp lý và có tính khả thi ở một số bệnh nhân có khối u kích thước nhỏ < 5 cm cũng như có liên quan đến việc giảm thời gian nằm viện.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt gan, cắt gan phân thùy sau.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC RIGHT POSTERIOR SEGMENT LIVER RESECTION (VI-VII)

Ho Van Linh¹, Nguyen Thanh Xuan²

Background: Laparoscopic posterior sectionectomy (segment VI - VII) is challenging for hepato-bilio-pancreatic surgeons. This study was designed to analyze the feasibility of this technique in patients with hepatocellular carcinoma.

Methods: Including 25 patients treated with laparoscopic posterior sectionectomy from January 2020 to December 2024 at Hue Central Hospital.

Results: A total of 25 LSPS surgeries were performed. Mean age of the patients was 56.8 ± 9.3 (38 - 76) years, with males accounting for 100%. The tumor size was 3.8 ± 1.1 (3.1 - 4.9) cm and the mean number of tumors was 1.1 ± 0.3 (1 - 2). Complete Takasaki control of the posterior pedicle was on 96.0% patients. The Pringle manoeuvre was applied to all patients, and the average Pringle time was determined as 56.0 ± 11.7 (60 - 90) minutes and mean operation time was 255.3 ± 43.5 (259 - 308) minutes. Mean perioperative bleeding was measured as 270.2 ± 191.3 (150 - 550mL). Complications occurred in three patients (12.0%) and there was no postoperative mortality. The median length of hospital stay was 13.5 ± 3.3 (11 - 16) days.

Conclusions: The study results indicate that when laparoscopic liver posterior sectionectomy is performed by an experienced surgeon, it is a safe, reasonable and feasible procedure for certain patients with a tumors size smaller than 5 cm and it is also associated with a reduced hospital stay.

Keywords: Laparoscopic hepatectomy, right posterior hepatectomy.

Ngày nhận bài: 12/3/2025. Ngày chỉnh sửa: 06/5/2025. Chấp thuận đăng: 17/5/2025

Tác giả liên hệ: Hồ Văn Linh. Email: tslinh2020@gmail.com. ĐT: 0913465464

Phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau (VI-VII)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ báo cáo đầu tiên của Reich vào năm 1991, đã có sự tăng trưởng theo cấp số nhân về sự quan tâm và thực hành nội soi cắt gan trên toàn thế giới. Ban đầu, chỉ có cắt bỏ hình nộm và cắt gan nhỏ. Sau đó, nhiều báo cáo về phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư [1]. Bệnh viện TW Huế, phẫu thuật cắt gan nội soi được thực hiện bắt đầu vào năm 2010. Bắt đầu với những trường hợp cắt gan nhỏ, và với tăng kinh nghiệm và tiến bộ công nghệ, chúng tôi bắt đầu thực hiện thường xuyên các phẫu thuật nội soi cắt gan lớn và phức tạp, bao gồm cắt gan phân thùy sau. Mục tiêu của bài viết là đánh giá kết quả bước đầu và chia sẻ khó khăn cũng như kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Bao gồm 25 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau (VI - VII) điều trị ung thư gan tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2020 đến 12/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu tiền cứu can thiệp mô tả cắt ngang, không đối chứng; với cỡ mẫu thuận tiện.

Thu thập số liệu Tất cả các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính khả thi (thuận lợi và khó khăn) của phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau được thu thập theo một mẫu nghiên cứu thống nhất

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0, 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) để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan.

2.3. Kỹ thuật phẫu thuật

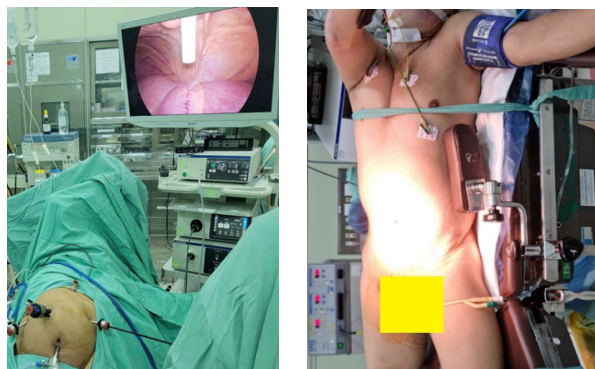
Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm nghiêng trái 20 - 30 độ, hai chân dạng, phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân bệnh nhân, 2 người phụ đứng 2 bên. Đặt 5 trocar: 1 trocar 10 mm ở rốn, 1 trocar 5mm trên đường nách trước bên phải, 1 trocar 10 mm ở mạn sườn phải, 1 trocar 5 mm ở hạ sườn bên trái và 1 trocar 5 mm dưới mũi ức.

Tiếp cận cuống Glisson ở ngoài gan theo phương pháp Takasaki: Di động gan phải hoàn toàn, kẹp và cắt các tĩnh mạch (TM) gan gần bằng Hemolock, rất cẩn thận để tránh tổn thương tuyến thượng thận phải gây chảy máu, tiếp tục phẫu tích bộc lộ cuống gan phân thùy sau.

Kẹp tạm thời cuống gan phân thùy sau bằng bulldog nội soi, xác định vùng thiếu máu trên bề mặt gan, đánh dấu bằng dao đơn cực.

Cắt nhu mô gan ở phần nông với độ sâu (từ 1 - 2 cm) bằng dao siêu âm, phần sâu của nhu mô gan sử dụng Sonastar, cắt nhu mô gan dọc theo diện đôi màu trên bề mặt gan đã được xác định sau khi kẹp cuống phân thùy sau bên phải, cắt nhu mô gan từ phần lưng đến phần bụng của phân thùy sau. Trong quá trình cắt nhu mô, cố gắng giữ áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) thấp (≤ 5 cmH₂O) kẹp cuống gan toàn bộ ngắt quãng 15 phút, nghỉ 5 phút. Xác định tĩnh mạch gan phải là chìa khóa để cắt bỏ chính xác theo giải phẫu. Kẹp cắt và đóng kín các nhánh mạch mật nhỏ trong gan bằng clip hoặc Hemolock. Cắt cuống gan phân thùy sau bằng stapler mạch máu hoặc kẹp cắt bằng Homolock.

Kiểm tra cầm máu, rò mật diện cắt gan, cuối cùng, mở bụng đường mổ nhỏ hố chậu phải dài khoảng 5 cm để lấy bệnh phẩm ra ngoài, dẫn lưu hạ sườn phải và đóng vết mổ.



Hình 1: Tư thế bệnh nhân và các vị trí đặt các trocars.

Nguồn: BN Võ Kh, BVTW Huế

2.4. Xử lý số liệu

Dữ liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, trong khi các biến định tính được trình bày bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ

Qua 25 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau điều trị ung thư gan, chúng tôi thu được một số kết quả sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi trung bình là $55,0 \pm 7,9$ (30 - 78) tuổi, độ tuổi từ 40 - 60 gặp nhiều nhất 55/87 (63,2%). Tỷ lệ nam

Phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau (VI-VII)

giới và nữ giới lần lượt 96% và 4%. Tiền sử nhiễm virus viêm gan B là 88,0%, viêm gan C là 4,0%.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng thường gặp

Lâm sàng	N = 25 (%)
Đau bụng hạ sườn phải	13(52,0%)
Đau bụng mơ hồ	5(20,0%)
Khám phát hiện tinh cò	5(20,0%)
Mệt mỏi, chán ăn	1(4,0%)
Gầy sút cân	1(4,0%)

Nồng độ AFP huyết thanh ≥ 400 ng/ml là 65/87(74,7%). Chức năng gan Child A 71/87(81,6%), phân bố giai đoạn BCLC A 79/87(90,8%). Ung thư biểu mô tế bào gan 83/87(95,4%), ung thư biểu mô đường mật 4/87(4,6%) bệnh nhân.

Đặc điểm tổn thương trên cắt lớp vi tính: Khối u đơn độc 19/25(76,0%), 2 khối u là 6/25 (24,0%), kích thước khối u trung bình: $3,8 \pm 1,2$ (3,1 - 4,9) cm (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng tổn thương ung thư gan

Đặc điểm tổn thương	N=25(%)
Marker ung thư AFP	
< 400 ng/ml	8(32,0%)
≥ 400 ng/ml	17(68,0%)
Chức năng gan Child-Pugh	
Child A	20(80,0%)
Child B	5(20,0%)
Phân bố giai đoạn theo BCLC	
BCLC A	23(92,0%)
BCLC B	2(8,0%)
Mô bệnh học tổn thương	
Ung thư biểu mô tế bào gan	25(96,0%)
Ung thư biểu mô đường mật	1(4,0%)

3.2. Đặc điểm kỹ thuật và kết quả phẫu thuật

Tư thế bệnh nhân nằm hơi nghiêng trái 30 độ. Sử dụng 4 trocar chiếm tỷ lệ cao 96,0%, chỉ có 4,0% số trường hợp là sử dụng 5 trocar. Tiếp cận cuống gan phân thùy sau ở ngoài gan 19/25

(76,0%), trong nhu mô gan 6/25 (24,0%). Thời gian kẹp toàn bộ cuống gan trung bình: $56,0 \pm 11,7$ (60 - 90) phút. Phẫu thuật nội soi thành công là 23/25 (92%), chuyển đổi kỹ thuật 2/25 (8,0%). Nguyên nhân chính chuyển mổ hở là chảy máu không kiểm soát được qua nội soi hoặc khối u nằm sát mạch máu chính nên khó khăn khi cắt nhu mô gan, diện cắt không đảm bảo ung thư học. Cắt gan theo giải phẫu 21/25 (84,0%), cắt gan không theo giải phẫu 04/25 (16,0%).

Thời gian phẫu thuật trung bình: $255,3 \pm 43,5$ (259 - 308) phút. Lượng máu mất trung bình: $270,2 \pm 191,3$ (150 - 550) ml. Lượng máu truyền trung bình: $250,6 \pm 130,7$ (350 - 500) ml. Phẫu thuật triệt căn đạt R0 là 100%, mặc dù có 01 bệnh nhân có bờ an toàn < 1 cm. Biến chứng sau phẫu thuật 03/25 (12,0%): rò mật 2/25(8,0%), abscess tồn dư 01/25(4,0%). Thời gian nằm viện trung bình $13,5 \pm 3,3$ (11 - 16) ngày và không có tử vong sau phẫu thuật (Bảng 3).

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật

Các đặc điểm sau phẫu thuật	N=25 (%)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	$255,3 \pm 43,5$ (259-308)
Thời gian kẹp toàn bộ cuống gan	$56,0 \pm 11,7$ (60-90)
Lượng máu mất trung bình (ml)	$270,2 \pm 191,3$ (150-550)
Lượng máu truyền trung bình (ml)	$250,6 \pm 130,7$ (350-500)
Thời gian nằm ICU trung bình (ngày)	$3,1 \pm 1,3$ (2-5)
Bờ an toàn < 1 cm	01(4,0%)

IV. BÀN LUẬN

Kể từ khi ca phẫu thuật nội soi cắt gan đầu tiên thực hiện thành công bởi Gagner 1992, Muharrem Öztaş (2022) báo cáo đã có hơn 9000 ca phẫu thuật nội soi cắt gan [2]. Mặc dù phẫu thuật nội soi cắt gan ngày càng được chấp nhận rộng rãi, nhưng phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau bên phải vẫn được xem là một kỹ thuật có độ khó

Phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau (VI-VII)

cao, thường chỉ được thực hiện bởi các bác sĩ phẫu thuật viên gan mật có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi cắt gan [3]. Do không gian thao tác hạn chế, yêu cầu thực hiện đường cắt nhu mô gan rộng, khó kiểm soát chảy máu từ các nhánh tĩnh mạch gan lớn đều góp phần làm tăng độ phức tạp của kỹ thuật. Trên thực tế, cắt gan phải là một lựa chọn hợp lý đối với các tổn thương ở phân thùy sau bên phải. Tuy nhiên, nếu tiếp cận qua nhu mô bằng một kỹ thuật bảo tồn tối đa nhu mô gan, thì việc cắt gan mà vẫn bảo tồn được phân thùy trước sẽ giảm nguy cơ suy gan sớm và giảm tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật. Đồng thời, nó còn giúp tăng khả năng có thể phẫu thuật lại các tổn thương gan tái phát về sau [4, 5]. Mặc dù vậy, các kỹ thuật bảo tồn nhu mô thường khó hơn so với các cuộc cắt gan lớn, vì vậy phẫu thuật cắt gan lớn vẫn thường được ưa chuộng hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19 (76%) bệnh nhân tiếp cận cuống phân thùy sau theo Takasaki để kiểm soát dòng máu vào gan, có 6 (24%) bệnh nhân phải tiếp cận cuống gan phân thùy sau trong nhu mô gan. Trong một nghiên cứu đa trung tâm với 171 bệnh nhân, có 4 trong số 9 trung tâm (44%) ưu tiên kiểm soát dòng máu vào bằng cách tiếp cận nhu mô với siêu âm nội soi, 3 trung tâm (33%) chọn cách kiểm soát bằng phương pháp tiếp cận tại rốn gan và 2 trung tâm (22%) không nêu rõ lựa chọn cụ thể [6]. Machado đã báo cáo rằng phương pháp tiếp cận cuống gan phân thùy sau là một cách tiếp cận an toàn và hiệu quả trong loạt 234 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt gan của họ kéo dài 7 năm [7]. Trong nghiên cứu này, về thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ (trung bình lần lượt là 255,3 phút và 270,2 mL). Để giảm lượng máu mất trong phẫu thuật, kẹp ngắt quảng toàn bộ cuống gan được áp dụng cho tất cả các ca phẫu thuật theo chu kỳ kẹp 15 phút và nghỉ 5 phút. Thời gian trung bình là 58 phút, khá dài so với thời gian trung bình 33 phút trong nghiên cứu đa trung tâm [6]. Tuy nhiên, điều này có thể là do trung bình mỗi ca sử dụng kẹp toàn bộ cuống gan nhiều hơn một lần. Việc kéo dài này không ảnh hưởng đến lượng máu mất trong phẫu thuật hoặc tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật. Đồng thời, như đã đề cập trước đó, áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) được giữ dưới 5 cmH₂O, và việc kiểm soát dòng ra được thực hiện để giảm thiểu chảy máu tĩnh mạch [8].

Biến chứng sau phẫu thuật gồm 3 (12,0%) bệnh nhân, trong đó rò mật 2 bệnh nhân và điều trị nội khoa thành công với dẫn lưu bụng từ 11 - 15 ngày sau phẫu thuật, có 01 bệnh nhân abscess tồn dư kích thước # 5,0 × 6,3 cm sau phẫu thuật ngày 7 phát hiện bằng chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và được can thiệp bằng chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm. Kinh nghiệm của chúng tôi là luôn thực hiện chụp cắt lớp vi tính ổ bụng vào ngày 5 - 7 sau phẫu thuật để đánh giá tình trạng tưới máu nhu mô gan, abscess tồn dư, nhờ vậy chúng tôi phát hiện được các biến chứng sớm và can thiệp hiệu quả. Muharrem Öztaş (2022) có một bệnh nhân rò mật kèm suy gan, một bệnh nhân khác nhiễm trùng vết mổ cấp độ II và một bệnh nhân bị suy gan độ A [2]. Trong nghiên cứu, cả 25 bệnh nhân đạt được cắt bỏ R0, có 2 bệnh nhân có bờ cắt gan < 1 cm nhưng không còn tế bào ung thư trên vi thể. Van der Heijde N (2021), báo cáo đa trung tâm, kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật đạt R0 tỷ lệ khoảng 95% [6]. Mục tiêu của phẫu thuật điều trị ung thư gan là đảm bảo hoàn toàn về ung thư học (R0). Nếu bờ cắt không liên quan đến các cấu trúc mạch máu lớn, thì việc duy trì bờ cắt nhu mô không còn khối u > 1 cm được xem là đủ an toàn. Chúng tôi không có tử vong sau phẫu thuật trong vòng 90 ngày, điều này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng khi phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau được thực hiện bởi một phẫu thuật viên có kinh nghiệm thì đây là một phẫu thuật an toàn, hợp lý và có tính khả thi ở một số bệnh nhân có khối u kích thước nhỏ < 5 cm cũng như có liên quan đến việc giảm thời gian nằm viện.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Trung ương Huế thẩm định và chấp thuận thực hiện. Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích đầy đủ về mục tiêu, quy trình, lợi ích và nguy cơ tiềm ẩn, đồng thời ký đơn cam kết tham gia tự nguyện theo quy định đạo đức nghiên cứu y học.

Phẫu thuật nội soi cắt gan phân thùy sau (VI-VII)

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Tác giả cam kết không có xung đột lợi ích về tài chính hoặc quan hệ cá nhân ảnh hưởng đến quá trình thiết kế, thực hiện và báo cáo kết quả của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chiow AKH, Lee SY, Chan CY, San Tan S. Learning curve in laparoscopic liver surgery: a fellow's perspective. *Hepatobiliary Surgery and Nutrition*. 2015; 4(6): 411.
2. Öztaş M, Lapsekili E, Can MF. Laparoscopic liver right posterior sectionectomies; surgical technique and clinical results of a single surgeon experience. *Turkish Journal of Surgery*. 2022; 38(1): 18.
3. Teo JY, Kam JH, Chan CY, Goh BK, Wong J-S, Lee VT, et al. Laparoscopic liver resection for posterosuperior and anterolateral lesions-a comparison experience in an Asian centre. *Hepatobiliary Surgery and Nutrition*. 2015; 4(6): 379.
4. Cheng K-C, Yeung Y-P, Ho K-M, Chan FK-M. Laparoscopic right posterior sectionectomy for malignant lesions: an anatomic approach. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2015; 25(8): 646-650.
5. Nomi T, Fuks D, Kawaguchi Y, Mal F, Nakajima Y, Gayet B. Learning curve for laparoscopic major hepatectomy. *Journal of British Surgery*. 2015; 102(7): 796-804.
6. van der Heijde N, Ratti F, Aldrighetti L, Benedetti Cacciaguerra A, Can MF, D'Hondt M, et al. Laparoscopic versus open right posterior sectionectomy: an international, multicenter, propensity score-matched evaluation. *Surgical Endoscopy*. 2021; 35: 6139-6149.
7. Machado MAC, Surjan RC, Basseres T, Schadde E, Costa FP, Makdissi FF. The laparoscopic Glissonian approach is safe and efficient when compared with standard laparoscopic liver resection: results of an observational study over 7 years. *Surgery*. 2016; 160(3): 643-651.
8. Hồ Văn Linh PNH. Phẫu thuật cắt gan theo phương pháp Takasaki: Kỹ thuật và kết quả. *Tạp Chí Y Học Lâm Sàng* 96: 73. 2024.