

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT GAN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÔN THẮT TÙNG KẾT HỢP TAKASAKI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Huy Toàn^{1✉}, Hà Văn Quyết², Nguyễn Văn Hương¹, Lê Anh Xuân¹,
Đặng Quốc Ái³, Phạm Văn Thương²

¹Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện HNĐK Nghệ An

²Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược Hải Phòng

³Bộ môn Ngoại, Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu mô tả 83 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 7 năm 2021.

Kết quả: Nam (68,7%), nữ (31,3%), độ tuổi trung bình $53,23 \pm 10,47$, viêm gan B đơn thuần chiếm 79,5%. Xơ gan Child A chiếm 91,6%, 34,9% bệnh nhân có AFP > 400ng/ml, 33,7% khối u > 5 cm; Biến chứng rò mật 3,6%, suy gan sau mổ 1,2%, Ascites kéo dài 16,9% và tràn dịch màng phổi 26,5% là 2 biến chứng thường gặp. Thời gian phẫu thuật trung bình là $159,7 \pm 53,12$ phút (65 - 315). Thời gian hậu phẫu trung bình $10,82 \pm 3,4$ ngày (7 - 25).

Kết luận: Phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là kỹ thuật an toàn, bước đầu cho kết quả tốt.

Từ khóa: Cắt gan theo giải phẫu, cắt gan.

ABSTRACT

THE PRELIMINARY RESULTS OF HEPATECTOMY USING TON THAT TUNG METHOD COMBINED WITH TAKASAKI METHOD FOR MANAGING HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Nguyen Huy Toan^{1✉}, Ha Van Quyet², Nguyen Van Huong¹, Le Anh Xuan¹,
Dang Quoc Ai³, Pham Van Thuong²

Ngày nhận bài:

04/01/2022

Ngày chỉnh sửa:

4/2/2022

Chấp thuận đăng:

16/02/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Huy Toàn

Email:

drhuytoan@yahoo.com

SĐT: 0946254777

Objective: To evaluate the preliminary results of hepatectomy using Ton That Tung method combined with Takasaki method for managing hepatocellular carcinoma at Nghe An General Friendship Hospital.

Method: This prospective - descriptive study was conducted in 83 patients who underwent liver resection by Ton That Tung method combined with Takasaki method for managing hepatocellular carcinoma from April 2017 to July 2021.

Result: The proportion of males and females was 68.7% and 31.3%, respectively. The mean age was 53.23 ± 10.47 ; 79.5% of patients had hepatitis B. 91.6% of patients had cirrhosis Child Pugh Class A. 34.9% of patients had AFP > 400 ng/ml. 33.7% of patients had tumor size > 5cm. Biliary leakage 3.6%, hepatic failure 1.2%, prolonged

Kết quả sớm phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng...

ascites (16.9%) and pleural effusion (26.5%) were the two most common complications. The mean operative time was 159.7 ± 53.12 min (65 - 315). The mean postoperative time was 10.82 ± 3.9 days (7 - 25).

Conclusion: Hepatectomy using Ton That Tung method combined with Takasaki method for managing hepatocellular carcinoma is a safe, effective procedure with promising results.

Key words: Anatomic liver resection, hepatectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan nguyên phát mà chủ yếu ung thư biểu mô tế bào gan là một bệnh ác tính phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới. Theo thống kê của tổ chức Y tế thế giới (Globocan 2020) ước tính có khoảng 26.418 trường hợp ung thư mới mỗi năm trên toàn cầu. Ở Việt Nam, đây là loại ung thư phổ biến thứ 1 ở nam giới và thứ 5 ở nữ giới [1]. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được áp dụng như: phẫu thuật cắt gan, ghép gan, đốt nhiệt cao tần, tiêm cồn qua da, nút mạch... Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan vẫn được đánh giá là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả. Năm 1963, Tôn Thất Tùng đã đưa ra phương pháp cắt gan nổi tiếng mang tên ông - phương pháp cắt gan Tôn Thất Tùng, không chế cuống mạch sau khi cắt nhu mô, hạn chế được các biến chứng do bất thường giải phẫu gan [2]. Năm 1986, Takasaki giới thiệu kỹ thuật cắt gan kiểm soát cuống Glisson tại rốn gan, phương pháp này tỏ rõ nhiều ưu việt trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan 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. Kết hợp hai phương pháp này trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan chưa được nghiên cứu nhiều. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý UTBMTBG; và Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Một nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng thực hiện trên 83 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki tại

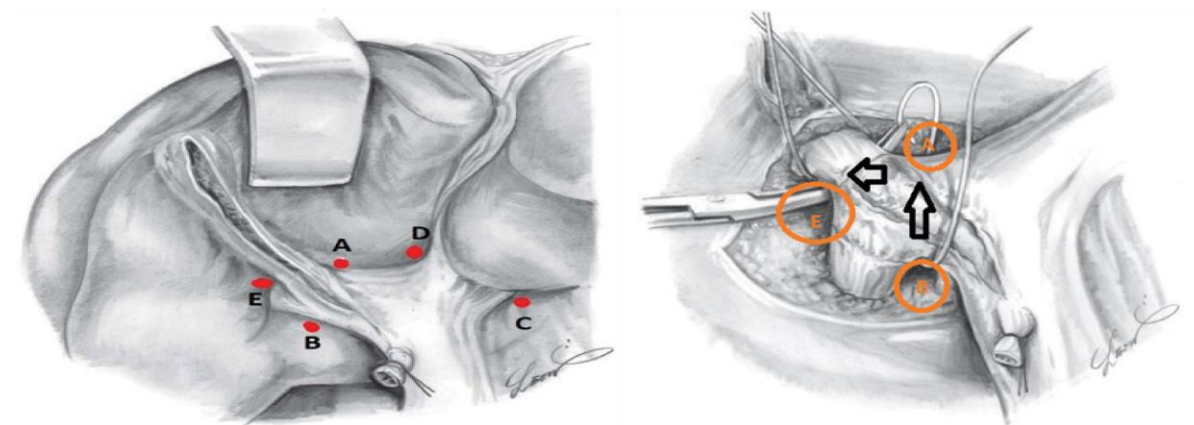
Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 7 năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG trước mổ theo phác đồ của Bộ Y tế Việt Nam 2020. (2) Được cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki. (3) Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tế bào gan. (4) Trường hợp cắt gan lớn (≥ 3 HPT) thì thể tích gan còn lại đo trên chụp CLVT so với trọng lượng cơ thể (kg) $> 0,8\%$.

Quy trình tiến hành: Phương pháp cắt gan của Tôn Thất Tùng - Nguyên tắc của phẫu thuật là mở gan vào các rãnh đã được biết (rãnh giữa, rãnh bên phải, rãnh rốn), đây là một phẫu thuật cắt gan có kế hoạch, kiểm soát cuống mạch trong nhu mô. Trong kỹ thuật này PTV phá vỡ nhu mô gan trước sau đó cắt và thắt các cuống mạch trong nhu mô sau.

Phương pháp cắt gan Takasaki dựa trên cấu trúc giải phẫu của cuống Glisson ngoài gan bao bọc cả ba thành phần động mạch gan, tĩnh mạch cửa và đường mật. các cuống Glisson của gan phải và trái, phân thùy trước và sau nằm bên ngoài nhu mô gan.

Phẫu tích tại rốn gan có thể bộc lộ các cuống Glisson chính. Phẫu tích bờ trên, dưới cuống Glisson gan P (hình 2): Tách nhu mô gan với vỏ bao Glisson ngay trên mép trước rốn gan về phía phải (điểm A) để hạ mảnh rốn gan, ở dưới mở bao Glisson một đường khác ở chỗ củ đuôi sát mép sau rốn gan (điểm B) luôn lách từ A tới B lấy được cuống Glisson P. Phẫu tích tách cuống phân thùy trước ra khỏi nhu mô, bộc lộ vào khe giữa cuống Glisson phân thùy trước và sau (điểm E), Luôn lách từ điểm A sang E ta không chế được cuống phân thùy trước, luôn lách từ điểm B sang A sang E ta không chế được cuống phân thùy sau. Như vậy, tại rốn gan ta có thể không chế được 3 cuống Glisson. Từ đó có thể phân biệt ranh giới các phân thùy và mặt phẳng cắt.



Hình 1: Các vị trí lấy cuống Glisson



Hình 2: Không chế cuống gan PT trước và diện thiếu máu PT trước

Các chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, viêm gan, xơ gan, ghi nhận kết quả phẫu thuật, loại cắt gan, thời gian mổ, biến chứng trong mổ, lượng máu mất, thời gian nằm viện.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Từ 04/2017 - 7/2021, 83 bệnh nhân ung thư gan thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh được phẫu thuật cắt bỏ u gan, gồm 57 nam (68,7%), 26 nữ (31,3%); độ tuổi trung bình $53,23 \pm 10,47$ tuổi (30 - 73 tuổi), thời gian hậu phẫu trung bình $10,28 \pm 3,4$ ngày (7 - 25).

Bảng 1: Chỉ số cơ thể

Chỉ số	Trung bình (thấp nhất - cao nhất)
Chiều cao (cm)	$160,73 \pm 6,458$ (145 - 176 cm)
Cân nặng (kg)	$52,67 \pm 7,719$ (35 - 72 Kg)
BMI	$20,33 \pm 2,312$ (15 - 26)
BSA	$1,53 \pm 0,129$ (1,25 - 1,83 m ²)

Phần lớn bệnh nhân đều có chỉ số khối cơ thể BMI bình thường

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khối u

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Số bệnh nhân	%
Triệu chứng lâm sàng		
Đau hạ sườn phải	49	59
Sút cân, chán ăn	15	18,1
Gan to	8	9,6
Dịch ổ bụng	15	18,1
Tình trạng viêm gan		
Không viêm	15	18,1
Viêm gan B	66	79,5
Viêm gan C	1	1,2
Viêm gan B + C	1	1,2

Kết quả sớm phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng...

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Số bệnh nhân	%
Phân độ xơ gan		
Child - Pugh A	76	91,6
Child - Pugh B	7	8,4
AFP		
< 20	37	44,9
20 - 400	17	20,5
> 400	29	34,9

Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng hạ sườn phải chiếm 56,4%. Tình trạng viêm gan: tỷ lệ viêm gan B đơn thuần chiếm 80,8%. Xơ gan Child A chiếm 92,3%.

Bảng 3: Đặc điểm khối u

Đặc điểm khối u	Số bệnh nhân	%
Kích thước		
1 u > 5cm	21	25,3
1 u ≤ 5cm	40	48,2
Đa u	18	26,4
Tình trạng khối u		
U vỡ	12	14,5
U chưa vỡ	71	85,5

Số bệnh nhân có khối u đơn độc 5 cm chiếm nhiều nhất với 48,2%. U chưa vỡ trước phẫu thuật chiếm 85,5%.

Bảng 4: Giai đoạn theo BCLC

Giai đoạn	n	%
A	60	72,3
B	17	20,5
C	6	7,2

U ở giai đoạn sớm chiếm 72,3%.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 5: Loại phẫu thuật

Phân loại		Hình thái	n	%
Gan lớn	3 Hạ phân thùy	Gan trung tâm	1	1,2
		HPT 5, 6, 7	2	2,4
		Gan trái	4	4,8
	4 Hạ phân thùy	Gan phải	11	13,3
	5 Hạ phân thùy	Thùy gan phải	2	2,4
Tổng			20	24,1

Phân loại		Hình thái	n	%
Gan nhỏ	1 Hạ phân thùy	HPT 5	3	3,6
		HPT 6	4	4,8
	2 Hạ phân thùy	PT giữa	3	3,6
		PT trước	2	2,4
		PT sau	19	22,9
		PT bên	19	22,9
		HPT 5, 6	10	12
		HPT 4b, 5	2	2,4
		HPT 3, 4b	1	1,2
Tổng			63	75,9

Tỷ lệ cắt gan lớn (từ 3 HPT) chiếm 24,1%; cắt gan nhỏ chiếm 75,9%.

Bảng 6: Tai biến trong mổ

Dạng thương tổn	n	%
Rách cơ hoành (n = 83)	0	0
Vỡ u (n = 83)	2	2,4
Rách tuyến thượng thận Phải (n = 57)	6	10,5
Rách nhu mô gan (n=83)	1	1,2
Tổn thương tĩnh mạch cửa (n=83)	1	1,2
Tử vong	0	0

Tai biến tổn thương tuyến thượng thận phải 10,5%, không có trường hợp tử vong sau mổ.

Bảng 7: Chỉ số liên quan đến kỹ thuật

Chỉ số liên quan đến kỹ thuật	26,4
Kết quả	
Thời gian phẫu tích cuống phải - Trái (phút)	3,9 ± 2,15 (2 - 14)
Thời gian phẫu tích cuống PT trước - Sau (phút)	4,9 ± 1,82 (3 - 10)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	159,7 ± 52,12
Thời gian cắt nhu mô (phút)	37,43 ± 9,94
Lượng máu mất TB (ml)	247,32 ± 145,145

Lượng máu mất trung bình 247,32 ± 145,145 ml, chỉ có 1 BN phải truyền máu trong mổ trong 71 BN u chưa vỡ.

Bảng 8: Giải phẫu bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh	n	%
Biệt hóa cao	4	4,8
Biệt hóa vừa	76	91,6
Biệt hóa kém	3	3,6

Độ biệt hóa vừa chiếm 91,6%.

Bảng 9: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	%
Chảy máu ổ bụng	0	0
Cổ trướng	14	16,9
Rò mật	3	3,6
Nhiễm trùng vết mổ	3	3,6
Tràn dịch màng phổi	22	26,5
Suy gan sau mổ	1	1,2
Tử vong	0	0

Biến chứng sau mổ cổ trướng, tràn dịch màng phổi là 2 biến chứng thường gặp chiếm 16,6 % và 26,5%.

Bảng 10: Phân độ biến chứng theo Dindo

Độ	Số bệnh nhân	%
1	29	35
3A	2	2,4
3B	1	1,2
Không biến chứng	47	61,4

BN có biến chứng độ 1 chiếm 35%; không có biến chứng 61,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 83 BN, tuổi thấp nhất 30 tuổi cao nhất 73 tuổi, có tuổi trung bình là $53,23 \pm 10,47$ trong đó lứa tuổi thường gặp nhất là từ 45 - 59 tuổi chiếm 56,6%, tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 10,8%.

Các số liệu tương đối phù hợp với một số NC trong nước và nước ngoài, Ninh Việt Khải (2018) nghiên cứu trên 72 BN ung thư gan cho thấy độ tuổi trung bình là 52,3 trong đó độ tuổi trung niên 41 - 60 tuổi chiếm ưu thế với tỉ lệ là 58,3% [3]. Karamarkovic (2016), tuổi trung bình $60,13 \pm 13,29$ đối với cắt gan nhỏ và $62,01 \pm 10,23$ với cắt gan lớn [4].

Chỉ số cơ thể cao hay béo phì thường liên quan đến những khó khăn trong phẫu thuật và làm tăng nguy cơ biến chứng. Hơn nữa, béo phì đôi khi dẫn đến bệnh gan mãn tính như gan nhiễm mỡ, bệnh đái tháo đường và bệnh tim mạch. Do đó, béo phì có thể làm tăng thêm rủi ro phẫu thuật [5]. Chiều cao, cân nặng trung bình, chỉ số khối cơ thể (BMI) trong nghiên cứu chúng tôi lần lượt là $160,73 \pm 6,458$ cm; $52,67 \pm 7,719$ kg và $20,33 \pm 2,312$. Cân nặng là chỉ số thường được các PTV gan mật chú ý bởi vì trong phẫu thuật cắt gan lớn tỷ số gan còn lại trên cân nặng là 1 yếu tố tiên lượng nguy cơ suy gan sau mổ.

Mathur và cộng sự đã mô tả 279 bệnh nhân phẫu thuật cắt gan HCC. So sánh kết quả giữa bệnh nhân BMI > 30 và BMI < 30. Bệnh nhân béo phì BMI > 30 có tỷ lệ tử vong tương tự nhưng tỷ lệ biến chứng tăng có ý nghĩa thống kê như rò mật, nhiễm trùng tiết niệu, viêm phổi, suy thận cấp và nhiễm trùng vết mổ [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của bệnh lý ung thư biểu mô tế bào gan thường muộn, mơ hồ. Do đó, đa số bệnh nhân đến bệnh viện thường vào giai đoạn muộn. Ở bảng 2, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau hạ sườn phải 59%; gầy chán ăn 18,1%. Kết quả cũng tương tự các nghiên cứu khác.

Việt Nam là khu vực có tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B thuộc hàng cao trên thế giới. Trong NC của chúng tôi có 79,5% nhiễm virus viêm gan B, có 1 bệnh nhân nhiễm virus viêm gan C và 1 bệnh nhân đồng nhiễm cả 2 virus B - C cùng chiếm tỷ lệ 1,2%. Nhiễm virus viêm gan mạn tính từ lâu đã được biết đến như là một trong những yếu tố nguy cơ chính của UBTG. Theo một số tác giả, virus viêm gan B có liên quan trong 50 - 80% các trường hợp UBTG trên toàn thế giới trong khi 10 - 25% số trường hợp có liên quan tới nhiễm virus viêm gan C [7]. Tất cả BN viêm gan B chúng tôi đều định lượng HBV-DNA, HbeAg trước mổ. Mặc dù, nồng độ virus cao, HbeAg (+) không phải là yếu tố chống chỉ định trong phẫu thuật gan nhưng cần phải lưu ý để tránh bùng phát viêm gan và có chiến lược điều trị viêm gan B sau phẫu thuật.

Hiện nay, trên lâm sàng đánh giá chức năng gan theo phân loại Child Pugh vẫn được nhiều phẫu thuật viên sử dụng, coi là tiêu chuẩn quan trọng khi chỉ định cắt gan. Tuy nhiên, nhược điểm của phân loại này là khó đánh giá những BN chức năng gan nằm giữa ranh giới Child - Pugh A và Child - Pugh B hoặc Child - Pugh B và Child - Pugh C vì thế khó tiên lượng và không chính xác. Kết quả NC bảng 2 thấy tỷ lệ BN có Child A là 91,6 %; Child B là 8,4 %; Child C không có BN nào. Kết quả tương tự với tác giả Chang (2018), về phân loại Child - Pugh trong nhóm 446 BN cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan thấy: Child A: 90,49% %, Child B: 9,51% [8].

Hầu hết các tác giả thống nhất: chỉ định phẫu thuật cắt gan lớn khi bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có chức năng gan phân loại Child - Pugh A, cắt gan chọn lọc cho những trường hợp Child - Pugh B và không nên cắt gan cho những bệnh nhân phân loại Child - Pugh C [9].

4.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 5 cho thấy có 10 hình thái cắt gan trong nghiên cứu, trong đó cắt gan lớn chiếm 24,1%, cắt gan nhỏ chiếm 75,9%. Tất cả đều được thực hiện theo phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp không chế cuống gan ngả sau theo Takasaki. Vũ Văn Quang (2016), tỷ lệ cắt gan lớn chiếm 13,34%, gan nhỏ chiếm 86,66% và tất cả đều được cắt gan theo giải phẫu [10].

Khái niệm cắt gan theo giải phẫu được xác định: ngoài cắt bỏ khối u phải cắt tĩnh mạch cửa liên quan đến u và vùng gan tương ứng. Như vậy, cắt gan theo giải phẫu có thể hạn chế di căn và tái phát trong gan do sự xâm nhập của các tế bào khối u dọc theo tĩnh mạch cửa và các nhánh của chúng. Nghiên cứu của Kaibori (2017) so sánh kết quả cắt gan theo và không theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan cho 710 bệnh nhân có khối u nhỏ < 5 cm cho thấy: Tỷ lệ thêm toàn bộ ở nhóm cắt theo giải phẫu tốt hơn nhóm cắt không theo giải phẫu với $p < 0,001$; trong khi tỷ lệ sống thêm không bệnh không có sự khác biệt đáng kể [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp cắt gan đều áp dụng phương pháp cắt gan Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki. Phương pháp cắt gan của giáo sư Tôn Thất Tùng: Nguyên tắc của phẫu thuật là mở gan vào các rãnh đã được biết (rãnh giữa, rãnh bên phải, rãnh rốn), đây là một phẫu thuật cắt gan có kế hoạch, kiểm soát cuống mạch trong nhu mô. Trong kỹ thuật này PTV phá vỡ nhu mô gan trước sau đó cặp và thắt các cuống mạch trong nhu mô sau. Phương pháp cắt gan Takasaki dựa trên cấu trúc giải phẫu của cuống Glisson ngoài gan bao bọc cả ba thành phần động mạch gan, tĩnh mạch cửa và đường mật. Các cuống Glisson của gan phải và trái, phân thùy trước và sau nằm bên ngoài nhu mô gan. Vì vậy có thể bóc lột và kiểm soát các cuống này để xác định ranh giới của vùng nhu mô gan tương ứng (thể hiện qua tình trạng thiếu máu) trước khi cắt nhu mô gan theo ranh giới giải phẫu [12].

Tai biến chung trong mổ ở nghiên cứu của chúng tôi là 15,3%, trong đó rách tuyến thượng thận phải có 6 trường hợp chiếm 10,5%, vỡ u 2 trường hợp chiếm 2,4%, rách tĩnh mạch cửa trong phẫu tích cuống gan có 1 trường hợp chiếm 1,2%, không có trường hợp nào tử vong. Nghiên cứu của Tôn Thất Tùng (1971) trên 1056 trường hợp cắt gan tỷ lệ tai biến mạch máu 2,8%, tỷ lệ tử vong 17,8% [2].

Tai biến rách tĩnh mạch chủ dưới trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp nhưng trong y văn đã

ghi nhận. Do gan xơ dính chặt với TM chủ dưới hoặc do khối u gan thâm nhiễm vào TM chủ dưới nên khi giải phóng gan hoặc khi cắt gan dễ gây tổn thương TM chủ dưới. Tai biến này ít gặp nhưng rất nguy hiểm do gây mất máu hoặc thoát khí vào buồng tim, có thể dẫn đến tử vong. Khi tai biến xảy ra cần cho BN ở thế đầu thấp để tránh thoát khí vào buồng tim. Tổn thương rách nhỏ có thể dùng đầu ngón tay bịt vào chỗ rách để cầm máu tạm thời, khâu chỗ rách cùng với việc dịch chuyển ngón tay khi khâu cho đến khi khâu kín tổn thương. Tổn thương rách rộng và phức tạp, để kiểm soát chảy máu cần nhanh chóng kẹp cuống gan, TM chủ dưới dưới gan và trên gan, sau đó tùy mức độ tổn thương mà có thể khâu, và hoặc thay đoạn TM chủ dưới.

Bảng 7 cho thấy kết quả thời gian phẫu thuật trung bình $159,7 \pm 52,12$ phút, lượng máu mất TB $247,32 \pm 145,145$ ml. Theo nghiên cứu của Vũ Văn Quang (2019) thời gian phẫu thuật trung bình $113,7 \pm 39,6$ phút, lượng máu mất $230 \pm 132,3$ ml. Nghiên cứu Karamarkovic (2016), thời gian phẫu thuật trong cắt gan nhỏ $105,1 \pm 21,1$ phút, cắt gan lớn $225,6 \pm 75,6$ phút và lượng máu mất trong cắt gan nhỏ và cắt gan lớn lần lượt là $350,8 \pm 100,5$; $485,4 \pm 250,2$.

Nghiên cứu của chúng tôi 4,8% biệt hóa cao, 91,6% biệt hóa vừa, 3,6% có biệt hóa kém. Theo nghiên cứu của Lê Văn Thành (2013), tỷ lệ carcinoma biệt hóa cao 17,7%; biệt hóa vừa 76%. Thời gian sống thêm của các nhóm BN có độ biệt hóa khối u cao, vừa, thấp lần lượt là $40,0 \pm 2,7$ tháng, $32,7 \pm 2,0$ tháng và $11,3 \pm 3,0$ tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [13]. Theo Okuda và cộng sự (1985), các yếu tố mô học như biệt hóa cao, tế bào sáng, UBTG thể fibrolamellar và khối u có bao xơ có tiên lượng tốt hơn [14].

4.4. Kết quả sớm

Ở bảng 9, biến chứng sau mổ chúng tôi gặp 3,6% nhiễm trùng vết mổ, cổ trướng 16,9%, tràn dịch màng phổi 26,5%, rò mật 3,6%. Cơ chế của hiện tượng tràn dịch màng phổi, báng kéo là 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 với số lượng ít, được điều trị nội khoa hoặc chọc hút dịch, ít khi phải dẫn lưu màng phổi.

Trong nghiên cứu này có 3 trường hợp rò mật chiếm 3,6%, 2 bệnh nhân được can thiệp dẫn lưu đường mật qua da. Còn 1 BN cắt gan trái sau đó bị rò mật phải tiến hành đặt stent đường mật mới hết rò. Nguyên nhân rò mật trong trường hợp này

khi chụp đường mật thấy hẹp vùng ngã ba đường mật, có thể trong quá trình kẹp cắt cuống gan trái sát vào vùng ngã ba do đó khi khâu cuống Glisson bằng chỉ Prolen gây hẹp ngã ba. Rò mật cũng là biến chứng nặng của phẫu thuật cắt gan. Rò mật được xác định khi dịch mật chảy qua dẫn lưu ổ bụng mà yêu cầu phải để dẫn lưu trong khoảng thời gian dài hơn bình thường hoặc có ổ đọng dịch mật trong ổ bụng mà đòi hỏi phải chọc dẫn lưu mật qua da hoặc phải mổ lại. Để hạn chế rò mật sau khi đưa được khối u gan ra ngoài chúng tôi tiến hành kiểm tra khâu lại các cuống Glisson bị cắt bằng chỉ Prolen, dùng tấm gạc khô ấn vào diện cắt 3 - 5 phút kiểm tra xem các điểm chảy máu hoặc rò mật. Có những trường hợp chúng tôi bơm nước qua ống túi mật để kiểm tra điểm rò mật.

Thời gian hậu phẫu trong nghiên cứu $10,28 \pm 3,4$ ngày, ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 25. Kết quả này cũng tương tự với các kết quả của các tác giả trong và ngoài nước [10], [3].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki là một phương pháp hiệu quả, an toàn, tai biến và biến chứng có thể kiểm soát được. Việc lựa chọn bệnh nhân là một vấn đề mấu chốt và đóng vai trò rất quan trọng tới kết quả của điều trị. Có thể thực hiện tại các bệnh viện tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GLOBOCAN. Cancer fact sheet: Liver cancer incidence and mortality worldwide. Glob. Cancer Obs. 2020:1-2.
2. Tôn Thất Tùng. Cắt Gan. Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật. 1971.
3. Ninh Việt Khải. Nghiên cứu ứng dụng cặp kiểm soát chọn lọc cuống gan trong cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng. Luận án tiến sĩ Y học. Học viện quân Y. 2018.
4. Karamarković A, Bracanović M, Bajec A et al. Annals of Surgery and Perioperative Care Glissonean Pedicle Transection Method using Vascular Stapling Devices in Anatomic Liver Resections : A Single Centre Experience. Ann Surg Perioper Care. 2016.1(3):1-8.
5. Ome Y, Hashida K, Yokota M et al. The safety and efficacy of laparoscopic hepatectomy in obese patients. Asian J. Surg. 2019. 42(1):180-188.
6. Mathur AK, Ghaferi AA, Sell K et al. Influence of body mass index on complications and oncologic outcomes following hepatectomy for malignancy. J. Gastrointest. Surg. 2010.14(5): 849-857.
7. Anthony PP. Hepatocellular carcinoma: an overview. Histopathology. 2001. 39(2):109-118.
8. Chang CY et al.. Esophageal varices are not predictive of patient prognosis after surgical resection of hepatocellular carcinoma. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2018. 30(11):1368-1377.
9. Hsieh CB et al.. Prediction of the risk of hepatic failure in patients with portal vein invasion hepatoma after hepatic resection. Eur. J. Surg. Oncol. 2006. 32(1): 72-76.
10. Vũ Văn Quang, Lê Văn Thành. Đánh giá kết quả sớm của cắt gan ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108. 2016. 11: 117-124.
11. Kaibori M et al. Comparison of anatomic and non-anatomic hepatic resection for hepatocellular carcinoma. J. Hepatobiliary. Pancreat. Sci. 2017. 24(11):616-626.
12. Takasaki K. Glisson's pedicle transection method for hepatic resection. 2007.
13. Lê Văn Thành. Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat-Jacob điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Luận án tiến sĩ Y học. 2013, Học viện quân Y.
14. Okuda K et al. Natural history of hepatocellular carcinoma and prognosis in relation to treatment study of 850 patients. Cancer 1985. 56(4):918-928.