

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT GAN THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG TỪ 6/2022 - 6/2023

Nguyễn Minh Trọng¹, Nguyễn Kiều Hưng¹, Nguyễn Trường Giang¹

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 6/2022 - 6/2023.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023.

Kết quả: Phẫu thuật đã được thực hiện cho 43 bệnh nhân. Tuổi trung bình: $55,1 \pm 12,9$ tuổi; 86,04% bệnh nhân là nam giới; tỷ lệ mắc viêm gan virus (B hoặc C): 93,02%. Chỉ số AFP tăng ở 65,12% trường hợp. Kích thước khối u trung bình: $5,19 \pm 2,45$ cm. Cắt gan lớn chiếm 48,84%. Thời gian phẫu thuật trung bình với cắt gan lớn: $238,15 \pm 58,26$ phút và $202,32 \pm 52,18$ phút với cắt gan nhỏ; Lượng máu mất trong mổ là $395,86 \pm 98,96$ mL với cắt gan lớn và $296,08 \pm 88,12$ mL với cắt gan nhỏ. Thời gian nằm viện trung bình: $14,2 \pm 3,6$ ngày. Biến chứng gặp ở 8 (18,62%) bệnh nhân bao gồm: Chảy máu (2,33%), suy gan (2,33%), tràn dịch màng phổi (6,98%), rò mật (6,98%). Có 1 trường hợp (2,33%) tử vong trong thời gian nằm viện.

Kết luận: Cắt gan theo giải phẫu trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan có thể thực hiện tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương với độ an toàn cao và hiệu quả.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, cắt gan theo giải phẫu, ung thư gan nguyên phát, cuống Glisson, HCC.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan là một bệnh ác tính, tiến triển nhanh, tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong cao, phổ biến ở Việt Nam và một số khu vực thế giới. Năm 2022, trên thế giới ước tính có khoảng 836.166 ca mắc mới và 758.725 người chết vì căn bệnh này. Bệnh gặp nhiều ở châu Phi, châu Á. Việt Nam cũng là quốc gia có tỷ lệ mắc ung thư gan cao do liên quan đến tình trạng nhiễm virus viêm gan B, C và xơ gan do rượu^{1,2}.

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư gan được áp dụng như: Phẫu thuật cắt gan, đốt nhiệt

cao tần, tiêm cồn, tắc mạch, ghép gan... Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp điều trị triệt căn. Có hai kỹ thuật cắt gan chính là cắt gan điển hình và không điển hình, trong đó cắt gan điển hình (theo giải phẫu) có kiểm soát cuống Glisson chọn lọc tỏ ra chiếm ưu thế^{1,2}.

Trên thế giới và tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư gan. Hầu hết các tác giả đều nhận định rằng, phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu hạn chế nguy cơ tái phát, kéo dài thời gian sống sau mổ, hạn chế tổn thương đường mật, mạch máu của phần gan để lại, tỷ lệ chảy máu trong mổ, rò mật sau mổ thấp...²

Tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, phẫu thuật cắt gan, đặc biệt, cắt gan theo giải phẫu đã được triển khai thường quy. Nhằm lượng giá tính hiệu quả, độ an toàn của phẫu thuật cắt gan được thực hiện tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu

⁽¹⁾ Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Ngày nhận bài: 05/8/2024

Ngày phản biện xong: 20/8/2024

Ngày duyệt đăng: 20/9/2024

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Nguyễn Minh Trọng, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Điện thoại: 0912624499. Email: drtrong81@gmail.com



điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 6/2022 - 6/2023.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng: Tất cả 43 bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa Ngoại Gan Mật - Tiêu hóa và Ung bướu, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong thời gian từ tháng 6/2022 - 6/2023.

Phương pháp: Mô tả hồi cứu cắt ngang chùm ca bệnh.

Đánh giá trước phẫu thuật: Khám lâm sàng, xét nghiệm: Sinh hóa, công thức máu, đông máu, HBsAg, HCV, AFP, nội soi dạ dày, siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính và/hoặc chụp cộng hưởng từ...

Các biến số nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng; nồng độ AFP; tỷ lệ mắc virus viêm gan B, C; kích thước u gan trên cắt lớp vi tính; tình trạng xơ gan, tình trạng xâm lấn mạch máu trên CT/MRI.

Kết quả trong mổ: Loại cắt gan. Cắt gan lớn là cắt gan từ 3 hạ phân thùy (hpt) trở lên, thời gian mổ, số lượng máu mất, tỷ lệ kiểm soát cuồng Glisson thành công.

Kết quả sớm: Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, mức độ biến chứng được phân loại theo Clavien-Dindo. Thời gian nằm viện (tính từ khi mổ đến khi ra viện).

Xử lý số liệu: Được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ

Từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023 đã có 43 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi)		55,1 ± 12,9
Giới tính (n, %)	Nam	37 (86,04)
	Nữ	6 (13,96)
Đau bụng (n, %)		11 (25,58)
Viêm gan virus (n, %)		41 (93,02)
Tăng AFP (n, %)		28 (65,12)
Kích thước u trung bình trên CT/MRI (cm)		5,19 ± 2,45
Tình trạng xơ gan trên Fibroscan (n, %)		41 (93,02)
Xâm lấn mạch máu trên CT/MRI trước mổ (n, %)		5 (11,63)

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu: 55,1 ± 12,9 (tuổi), nam giới chiếm đa số (86,04%). Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (25,58%); tỷ lệ mắc viêm gan virus 93,02%; AFP tăng ở 65,12% trường hợp; kích thước trung bình u trên CT/MRI: 5,19 ± 2,45 (cm). Tỷ lệ xơ gan là 93,02%. Có 11,63% trường hợp phát hiện có xâm lấn mạch máu trên CT/MRI.

Kết quả phẫu thuật**Kết quả trong mổ****Bảng 2.** Kết quả trong mổ

Đặc điểm		Giá trị
Loại cắt gan (n, %)	Cắt gan lớn	21 (48,84)
	Cắt gan nhỏ	22 (51,16)
Thời gian mổ (phút)	Cắt gan lớn	238,15 ± 58,26
	Cắt gan nhỏ	202,32 ± 52,18
Lượng máu mất (mL)	Cắt gan lớn	395,86 ± 98,96
	Cắt gan nhỏ	296,08 ± 88,12
Tỷ lệ kiểm soát cuồng Glisson thành công (n, %)		43 (100)

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy cắt gan lớn chiếm 48,84%, cắt gan nhỏ (51,16%). Thời gian mổ trung bình đối với cắt gan lớn là 238,15 ± 58,26 (phút), đối với cắt gan nhỏ là 202,32 ± 52,18 (phút). Lượng máu mất trong mổ đối với cắt gan lớn là 395,86 ± 98,96 (mL), đối với cắt gan nhỏ là 296,08 ± 88,12 (mL). Tỷ lệ kiểm soát cuồng Glisson thành công là 100%..

Kết quả sớm**Biến chứng****Bảng 3.** Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	n	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	1	2,33
Suy gan	1	2,33
Tràn dịch màng phổi	3	6,98
Rò mật	3	6,98

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy biến chứng gặp ở 8 (18,62%) bệnh nhân bao gồm: Chảy máu (2,33%), suy gan (2,33%), tràn dịch màng phổi (6,98%), rò mật (6,98%).

Thời gian nằm viện: Số ngày hậu phẫu trung bình là 14,2 ± 3,6 (ngày).

Tình trạng ra viện

Bảng 4. Tình trạng nằm viện

Tình trạng ra viện	n	Tỷ lệ (%)
Ổn định, ra viện	42	97,67
Tử vong	1	2,33

Nhận xét: Bảng 4 cho thấy đa số bệnh nhân ổn định và ra viện (97,67%). Có 1 trường hợp (2,33%) tử vong trong thời kỳ hậu phẫu.

BÀN LUẬN**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm về tuổi, hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 41 - 60 tuổi (53,49%).

Đây cũng là độ tuổi thường gặp của HCC trong y văn và cũng là nhóm mà toàn trạng cho phép phẫu thuật lớn. Nhóm trên 60 tuổi chiếm 27,91% và nhóm dưới 40 tuổi (18,6%). Các nghiên cứu trên thế giới nhận định bệnh nhân HCC dưới 40 tuổi là trẻ và ít



gặp, với tỷ lệ chính xác chưa rõ ràng. Theo Aramaki, HCC trên những bệnh nhân trẻ tuổi thường được phát hiện ở giai đoạn muộn với kích thước u lớn (81,8% trên 10 cm) nhưng toàn trạng tốt và có chức năng gan tốt. Tác giả Chang đồng thuận, cho rằng kết quả điều trị HCC ở bệnh nhân trẻ tuổi không khác biệt so với bệnh nhân cao tuổi. Tuy nhiên, tác giả cũng nhấn mạnh về kết quả tốt ở nhóm bệnh nhân trẻ được phát hiện u ở giai đoạn sớm³.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới chiếm đa số (86,04%). Điều này cũng tương tự như các số liệu trong y văn. Những nghiên cứu dịch tễ cho thấy tỷ lệ viêm gan tiến triển thành HCC ở nam giới cao gấp 3 lần nữ giới. Nhiều nghiên cứu gần đây khẳng định vai trò quan trọng của hormone giới tính trong cơ chế bệnh sinh và phát triển của HCC trên những bệnh nhân mang virus HBV². 93,02% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nhiễm virus viêm gan, trong đó chủ yếu là nhiễm virus viêm gan B (92,6%). Những nghiên cứu trong cộng đồng cho thấy tỷ lệ nhiễm viêm gan B từ 10 - 20% dân số; viêm gan C từ 1 - 3,3% và đang có xu hướng tăng lên. Tại Đông Nam Á, ước tính 65% HCC gây ra do nhiễm HBV mạn tính và 18% do HCV¹.

Về lâm sàng, bệnh nhân chủ yếu là đau tức bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị (25,58%). Đa số là không có triệu chứng lâm sàng và chỉ phát hiện khi khám bệnh định kỳ điều trị viêm gan B, C. Điều này cũng tương tự như các nghiên cứu khác, do HCC thường tiến triển âm thầm, triệu chứng chỉ rõ ràng ở giai đoạn muộn hoặc biến chứng.

Về chất chỉ điểm u gan, nghiên cứu của chúng tôi có AFP tăng là 65,12%. Theo nhiều tác giả AFP cao là một yếu tố tiên lượng xấu, chủ yếu do liên quan tới vi xâm nhập mạch máu và kích thước u. Tác giả Kudo cho rằng với AFP >100 ng/mL, phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu cho kết quả tốt hơn so với cắt gan không theo giải phẫu do có thể loại trừ được nhân vệ tinh do di căn qua tĩnh mạch cửa. Do số liệu nhỏ, chúng tôi không tìm được sự liên quan giữa AFP và xâm nhập mạch cũng như kích thước u. Điều lưu ý là ngay trong 15 bệnh nhân có AFP ≤ 20 ng/mL, chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp u xâm nhập tĩnh mạch cửa trên đại thể và 1 trường hợp xâm nhập mạch máu vi thể. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng nồng độ AFP thấp không loại trừ được HCC,

như trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 34,88% trường hợp có AFP trong giới hạn bình thường⁴.

Chẩn đoán xơ gan chúng tôi phối hợp fibroscan và CT/MRI trước mổ, phát hiện 40 trường hợp được chẩn đoán xơ gan ở các mức độ khác nhau (chiếm 93,02%). Đây cũng là một trong những nguyên nhân làm tăng tỷ lệ mắc HCC. Xơ gan do virus dẫn tới HCC nhanh chóng hơn các nguyên nhân khác. Tuy nhiên, xơ gan không phải là con đường duy nhất dẫn tới HCC. Khoảng 30% bệnh nhân viêm gan B mạn tính tiến triển thành HCC mà không có tình trạng xơ gan. Trong một nghiên cứu tại Pháp, 25% bệnh nhân được mổ cắt gan do HCC không có xơ gan hoặc xơ rất nhẹ. Chẩn đoán xơ gan trước mổ luôn là một vấn đề khó. Theo Kudo, trong chẩn đoán xơ gan, độ chính xác, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 67%; 84,3%; 52,9% cho CT và 70,3%; 67,9%; 68,3% cho MRI. Tác giả Suk Keu Yeom cũng cho rằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cơ bản như siêu âm, CT, MRI có nhiều hạn chế trong chẩn đoán xơ gan giai đoạn sớm, cần phối hợp các phương pháp khác nhau để chẩn đoán xơ gan trước mổ⁴.

Xâm nhập mạch máu, đây là một trong những yếu tố tiên lượng bệnh rất quan trọng, liên quan chính tới tái phát sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 13 trường hợp u xâm lấn mạch máu, trong đó 5 trường hợp xâm nhập trên đại thể (phát hiện được trước phẫu thuật), 8 trường hợp phát hiện trên vi thể. Đặc biệt, có 1 trường hợp u đường kính chỉ 2 cm đã có bằng chứng xâm lấn mạch máu. Trong nghiên cứu của mình, Toyosaka Akihiro chỉ ra rằng tình trạng xâm lấn mạch máu có thể gặp từ giai đoạn rất sớm của u⁵. Các nghiên cứu chỉ ra rằng với HCC, tĩnh mạch cửa không còn là nguồn cấp máu cho u mà trở thành đường dẫn máu trở về, do đó, tỷ lệ u xâm nhập tĩnh mạch cửa lớn hơn rất nhiều so với tĩnh mạch gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp u nằm sát tĩnh mạch gan nhưng không ghi nhận trường hợp nào có xâm lấn tĩnh mạch gan. Gần đây, nhiều tác giả có đề cập tới sự liên quan giữa đặc điểm của u trên chẩn đoán hình ảnh và vi xâm nhập mạch máu. Các nghiên cứu của Chou, Shunichi cho rằng u bờ không đều có tỷ lệ xâm nhập mạch máu vi thể cao hơn và khuyến cáo chọn phương pháp can thiệp mạnh mẽ hơn^{5,6}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xâm nhập mạch máu vi thể của nhóm u có bờ không đều trên chẩn

đoán hình ảnh là 5/18 (27,78%) lớn hơn so với 3/20 (15%) của nhóm bờ tròn đều. Tuy nhiên, số liệu của chúng tôi chưa đủ lớn để đánh giá mối liên quan này.

Kết quả phẫu thuật

Cắt gan lớn chiếm 21/43 trường hợp (48,84%), cắt gan nhỏ chiếm 22/43 (51,16%) trong nghiên cứu của chúng tôi, gồm các loại: Cắt gan phải, trái, cắt hạ phân thùy, cắt nhiều hạ phân thùy. Đây cũng là ưu điểm của cắt gan theo giải phẫu có kiểm soát cuống Glisson, cho phép phẫu thuật viên có thể bộc lộ ranh giới chính xác tới mức hạ phân thùy gan.

Cắt gan lớn (từ 3 hạ phân thùy theo Couinaud trở lên) có lượng máu mất trung bình trong mổ lớn hơn so với cắt gan nhỏ (395 mL so với 296 mL). Chúng tôi không gặp tổn thương mạch máu lớn trong mổ gây chảy máu ồ ạt. Tuy nhiên, sự khác biệt về lượng máu mất và thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê, kết quả của chúng tôi cũng tương đương một số tác giả nước ngoài như Nakai, Shindoh⁷.

Nghiên cứu của chúng tôi có 13/13 trường hợp đều kiểm soát được cuống Glisson phải và trái ngoài nhu mô gan (tỷ lệ thành công 100%). Trong 32 trường hợp có chỉ định kiểm soát cuống Glisson phân thùy trước và sau có 30 trường hợp thực hiện thành công ngoài nhu mô gan (93,75%), 2 trường hợp còn lại chúng tôi phải kết hợp kiểm soát cuống trong nhu mô gan. Các tác giả Trần Công Duy Long, Hồ Văn Linh trong nghiên cứu của mình đều mô tả tỷ lệ thành công của việc kiểm soát 3 cuống riêng biệt là 100%. Tuy nhiên, tác giả Trần Công Duy Long cũng nhắc tới 1 trường hợp khó khăn do khối u ở hạ phân thùy V - VI kích thước lớn^{8,9}.

Các tác giả không đề cập tới biện pháp kiểm soát cuống trong nhu mô gan. Tỷ lệ biến chứng của các tác giả lần lượt là 5/99 và 1/19. Trong khi với 43 trường hợp của chúng tôi, không có tai biến nào trong quá trình kiểm soát cuống. Điều này có lẽ do chỉ định kiểm soát cuống Glisson của chúng tôi kết hợp giữa hai phương pháp ngoài nhu mô gan và trong nhu mô gan^{8,9}.

Trong 2 trường hợp phải kiểm soát cuống phân thùy trước, sau trong nhu mô gan của chúng tôi có 1 trường hợp do u sát vị trí chia của cuống phân thùy trước và phân thùy sau, 1 trường hợp do gan xơ,

nguy cơ chảy máu cao. Với những trường hợp này, chúng tôi kiểm soát cuống gan phải - trái ngoài nhu mô gan. Sau đó, cắt qua nhu mô gan theo đường ranh giới gan phải và trái đã bộc lộ, đi từ ngoài biên tới trung tâm rốn gan và bộc lộ riêng cuống phân thùy trước, sau trong nhu mô.

Theo xếp loại của Couinaud, phương pháp chúng tôi thực hiện là kết hợp giữa kiểm soát cuống Glisson ngoài nhu mô gan theo Takasaki và kiểm soát qua rãnh gan sau khi cắt qua nhu mô theo Tôn Thất Tùng. Chúng tôi nhận thấy phương pháp này tránh được nguy cơ tổn thương phần cuống Glisson dự kiến để lại và tránh được nguy cơ làm vỡ u khi cố phẫu tích vùng rốn gan. Yamamoto cũng nêu quan điểm về kiểm soát cuống Glisson tại rốn gan có nhược điểm làm tổn thương những nhánh cuống nhỏ và không khả thi nếu u xâm lấn sát rốn gan. Trong trường hợp đó, tác giả cũng khuyên có thể sử dụng phương pháp kiểm soát trong bao Glisson hoặc kiểm soát cuống qua rãnh gan.

Thực tế, các nghiên cứu về kiểm soát cuống Glisson tại rốn gan của các tác giả phương Tây đa phần áp dụng phương pháp của Launois hoặc Machado, tức là mở vào nhu mô gan 1 phần để bộc lộ cuống. Các nghiên cứu giải phẫu và thực nghiệm chỉ ra đây là phương pháp an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, một số tác giả nêu ra tỷ lệ thất bại từ 25 - 30%. Đặc biệt, trong những trường hợp có biến đổi giải phẫu cuống Glisson tại vùng rốn gan. Tác giả Mouly nêu ra 25% trường hợp kiểm soát cuống Glisson phải gây thiếu máu cả gan trái. Điều này có lẽ do sự khác biệt về kỹ thuật của các tác giả phương Tây. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào như Mouly mô tả. Chúng tôi chỉ ghi nhận 1 trường hợp khi cặp cuống phân thùy trước thì cả hạ phân thùy VI cũng nằm trong vùng thiếu máu. Sau đó, chúng tôi phải cắt qua nhu mô gan trước để bộc lộ riêng và bảo tồn cuống Glisson cho hạ phân thùy VI trong nhu mô gan. Tác giả Xu gọi hiện tượng này là cuống phân thùy trước chiếm ưu thế khi 1 hoặc vài nhánh Glisson chi phối cho phân thùy sau lại xuất phát từ gần gốc của cuống phân thùy trước. Điều này có thể dẫn tới việc phải cắt nhu mô gan nhiều hơn dự kiến cần thiết. Các tác giả cũng đưa ra lời khuyên khi áp dụng kiểm soát cuống Glisson ngoài gan không nên cắt ngay cuống gan¹⁰.



Nhìn chung kết quả hậu phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối tốt với tỷ lệ tử vong 2,33%. Thời gian hậu phẫu là 14,2 ngày. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu về cắt gan trong và ngoài nước.

Chúng tôi gặp 8 trường hợp biến chứng, trong đó:

1 trường hợp tử vong trong quá trình hậu phẫu (2,33%): Bệnh nhân này có khối u khổng lồ nằm ở phần gan hạ phân thùy IV - V - VIII, được phẫu thuật cắt gan trung tâm, gan xơ. Quá trình mổ khó khăn do u dính, thời gian mổ kéo dài, lượng máu chảy rỉ rả nhiều. Sau mổ có rối loạn đông máu, chảy máu tiếp tục trong ổ bụng. Chúng tôi chỉ định mổ lại chèn gạc, sau mổ tình trạng chảy máu cải thiện ít, gia đình xin về, không tiếp tục điều trị.

1 trường hợp suy gan sau mổ (2,33%): Suy gan sau mổ là biến chứng nặng nề nhất, với nguy cơ tử vong cao. Trong y văn tỷ lệ suy gan sau mổ cắt gan thay đổi tùy theo các nghiên cứu từ 1,2% tới 32%. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được xếp loại suy gan độ B theo ISGLS, cải thiện sau điều trị nội khoa tích cực và ra viện vào ngày thứ 30. Theo 1 nghiên cứu năm 2008 trên 65 trường hợp suy gan sau mổ, tỷ lệ tử vong của suy gan độ B là 12%.

3 trường hợp gặp biến chứng rò mật sau mổ (6,98%): Cả 3 bệnh nhân đều thuộc phân loại B theo ISLGS. 2 bệnh nhân được điều trị bảo tồn và đều rút được dẫn lưu ổ bụng và ra viện mà không cần can thiệp gì thêm. 1 bệnh nhân được dẫn lưu qua siêu âm và cũng ổn định, rút được dẫn lưu và ra viện. Tỷ lệ rò mật sau mổ cắt gan theo y văn khoảng từ 4 - 5%. Theo tác giả Yamashita, các yếu tố nguy cơ bao gồm diện cắt sát cuống Glisson lớn, phẫu tích vào vùng rốn gan, diện cắt lớn, thời gian mổ kéo dài

(cắt gan phân thùy trước, cắt gan trung tâm, cắt hạ phân thùy I). Các biện pháp điều trị rò mật sau mổ thông thường gồm có điều trị nội khoa bảo tồn, dẫn lưu qua siêu âm. Phẫu thuật lại chỉ định rất hạn chế, thường trong trường hợp tổn thương những nhánh đường mật lớn, cần phải nối mật - ruột.

3 trường hợp tràn dịch màng phổi (6,98%): Đây là biến chứng thường gặp do áp lực âm của khoang màng phổi hút dịch lên, đặc biệt ở bệnh nhân sau mổ không tích cực tập thở do đau. Cả 3 trường hợp của chúng tôi đều phải chọc hút dịch màng phổi và đều ổn định, không xảy ra các biến chứng nhiễm khuẩn, suy hô hấp. Theo nghiên cứu năm 2018 của Tsai, biến chứng hô hấp chiếm tới 22% sau mổ cắt gan, trong đó hầu hết là tràn dịch màng phổi (95%). Tác giả cũng chỉ ra các yếu tố nguy cơ gồm có tuổi cao, béo phì, hen phế quản, hút thuốc lá, phẫu thuật đường tiêu hóa phổi hợp, truyền máu trong và sau phẫu thuật. Tỷ lệ gặp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có lẽ do không ghi nhận được những trường hợp tràn dịch màng phổi nhẹ, không có triệu chứng lâm sàng.

KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu cắt gan theo giải phẫu tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới là an toàn, ít biến chứng, hiệu quả điều trị cao với kết quả 97,67% bệnh nhân ổn định, ra viện. Thời gian nằm viện trung bình là 14 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân viêm gan do virus cao (93,02%). Thời gian mổ trung bình > 200 phút. Biến chứng nặng sau mổ là chảy máu và suy gan. Nghiên cứu còn hạn chế do số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn để tìm được mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2024;74(3):229-263.
2. Nevola R, Tortorella G, Rosato V, et al. Gender Differences in the Pathogenesis and Risk Factors of Hepatocellular Carcinoma. *Biology*. 2023;12(7).
3. Aramaki M, Kawano K, Sasaki A, et al. Hepatocellular carcinoma in young adults. *Hepato-gastroenterology*. 2005;52(66):1795-1797.
4. Kudo M, Zheng RQ, Kim SR, et al. Diagnostic accuracy of imaging for liver cirrhosis compared to histologically proven liver cirrhosis. A multicenter collaborative study. *Intervirology*. 2008;51 Suppl 1:17-26.

5. Toyosaka A, Okamoto E, Mitsunobu M, Oriyama T, Nakao N, Miura K. Pathologic and radiographic studies of intrahepatic metastasis in hepatocellular carcinoma; the role of efferent vessels. *HPB surgery : a world journal of hepatic, pancreatic and biliary surgery*. 1996;10(2):97-103; discussion 103-104.
6. Chou CT, Chen RC, Lin WC, Ko CJ, Chen CB, Chen YL. Prediction of microvascular invasion of hepatocellular carcinoma: preoperative CT and histopathologic correlation. *AJR American journal of roentgenology*. 2014;203(3):W253-259.
7. Shi R, Wang J, Zeng X, et al. Effect of anatomical liver resection on early postoperative recurrence in patients with hepatocellular carcinoma assessed based on a nomogram: a single-center study in China. *Frontiers in oncology*. 2024;14:1365286.
8. Trần Công Duy Long, Nguyễn Đức Thuận và cộng sự. Áp dụng kỹ thuật phẫu tích cuống Glisson ngã sau trong cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư tế bào gan. *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2013;1(17):48-53.
9. Linh HV. Cắt gan theo phương pháp Takasaki: Kỹ thuật và kết quả. *Tạp chí Ngoại khoa Việt Nam*. 2018;1(68):35-38.
10. Xu W, Wang HJ, Kim BW, Park YK, Li G. Anatomical Variation of the Glissonian Pedicle of the Right Liver. *Korean journal of hepato-biliary-pancreatic surgery*. 2011;15(2):101-106.

EARLY RESULTS OF ANATOMICAL LIVER RESECTION FOR THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES FROM 6/2022 TO 6/2023

Objectives: To evaluate the early results of anatomical liver resection for hepatocellular carcinoma treatment at National Hospital of Tropical Diseases from June 2022 to June 2023.

Subjects and methods: A descriptive, retrospective study of cases undergoing anatomical liver resection for hepatocellular carcinoma treatment at National Hospital of Tropical Diseases from June 2022 to June 2023.

Results: Surgery was performed on 43 patients. The mean age was 55.1 ± 12.9 years, with 86.04% of patients being male. The prevalence of viral hepatitis (B or C) was 93.02%. The AFP index increased in 65.12% of cases. The mean tumor size was 5.19 ± 2.45 cm. Major liver resections accounted for 48.84% of cases. The average operative time was 238.15 ± 58.26 minutes for major liver resections and 202.32 ± 52.18 minutes for minor liver resections. Intraoperative blood loss was 395.86 ± 98.96 mL for major resections and 296.08 ± 88.12 mL for minor resections. The average hospital stay was 14.2 ± 3.6 days. Complications occurred in 8 patients (18.62%), including bleeding (2.33%), liver failure (2.33%), pleural effusion (6.98%), bile leak (6.98%). 1 death (2.33%) during hospitalization.

Conclusions: Anatomic liver resection for hepatocellular carcinoma treatment can be performed at National Hospital of Tropical Diseases with high safety and effectiveness.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, anatomic liver resection, primary liver cancer, Glisson's pedicle, HCC.