

7. **North CS.** The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behav Sci.* 2015;5(4):496-517. doi:10.3390/bs5040496
8. **Rofé Y, Rofé Y.** Conversion Disorder: A Review Through the Prism of the Rational-Choice Theory of Neurosis. *Eur J Psychol.* 2013;9(4):832-868. doi:10.5964/ejop.v9i4.621
9. **Floyd AE, Gupta V.** Minnesota Multiphasic Personality Inventory. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2020. Accessed November 5, 2020. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557525/>

KẾT QUẢ GẦN CẮT GAN DO UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Trần Mạnh Hùng¹, Trần Quế Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả gần cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện các trường hợp ung thư biểu mô tế bào gan chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh. Bệnh nhân được mổ mở cắt gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ 4/2016 – 4/2019. **Kết quả:** 67 bệnh nhân được phẫu thuật. Tuổi trung bình là 56,3 (30 – 76) tuổi. Nam/nữ = 6,4/1. Triệu chứng đau hạ sườn phải, ăn kém và gầy sút cân lần lượt là 83,6%, 41,8% và 17,9%. Nồng độ AFP huyết thanh trung bình là 635,1 (2,09 – 3968) ng/mL. Nhóm BN có nồng độ AFP < 20, 20 – 400, 401 – 1000, và > 1000 ng/mL lần lượt là 47,8%, 23,9%, 22,3%, và 6%. Kích thước trung bình u trên CLVT và bệnh phẩm lần lượt là 5,4 (2,7 – 8) và 5,3 (2,5 – 8,5) cm. U ở giai đoạn I, II, và III là 17,9%, 62,7%, và 19,4%. Cắt gan nhỏ chiếm 85,1%. Kiểm soát cuống gan chọn lọc, và Pringer lần lượt là 55,2% và 44,8%. Cắt nhu mô gan bằng Ligasure, Kelly + Ligasure, và Kelly lần lượt là 67,2%, 22,4%, và 10,4%. Có 8/67 BN phải truyền máu, chiếm tỷ lệ 11,9%. Lượng máu truyền trung bình là 542,9 mL (250 – 700). Thời gian mổ trung bình là 132,1 phút (90 – 195). Biến chứng sau mổ 17,9%, trong đó tràn dịch màng phổi, suy gan, rò mật lần lượt là 13,4%, 1,5%, và 0%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 12,8 (6-38) ngày. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào gan diễn biến âm thầm, triệu chứng không đặc hiệu. Bệnh nhân có chức năng gan tốt. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy u thường trên 5 cm, có dấu hiệu điển hình của HCC. Cắt gan là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, biến chứng còn cao nhưng phần lớn là mức độ nhẹ.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, u gan, cắt gan, cắt lớp vi tính, biến chứng.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT BACH MAI HOSPITAL

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoaim@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022

Objectives: The research aimed to evaluate some of the clinical characteristics and short-term outcomes associated with hepatectomy for hepatocellular carcinoma (HCC). **Methods:** We conducted a retrospective study with a sample size of HCC confirmed by pathology. From April 2016 to April 2019, the patient underwent open hepatectomy at Bach Mai Hospital. **Results:** The study enrolled a total of 67 patients. The mean age was 56.3 years (30–76). The male/female ratio was equal to 6.4/1. Clinical symptoms of pain in the right upper quadrant, lack of appetite, and weight loss were prevalent in 83.6 %, 41.8%, and 17.9% of participants. The mean concentration of AFP in serum was 635.1 (2.09 - 3968) ng/mL. Patients with AFP levels of less than 20, 20 - 400, 401 - 1000, and >1000 ng/mL were 47.8 %, 23.9%, 22.3%, and 6%, respectively. The average tumor size on the CT scan and specimen was 5.4 (2.7 – 8) and 5.3 (2.5 – 8.5 cm, respectively). Tumors in stages I, II, and III accounted for 17.9%, 62.7%, and 19.4%. 85.1% of all were minor liver resections. Selective hepatic pedicle control and Pringer maneuver were 55.2% and 44.8%, respectively. Hepatic parenchymal resection with Ligasure, Kelly + Ligasure, and Kelly was 67.2%, 22.4%, and 10.4%, respectively. Eight patients required blood transfusions, accounting for 11.9 %. The mean blood transfusion was 542.9 mL (250 – 700). The average operative time was 132.1 minutes (90 - 195). Complications after surgery were 17.9%, of which pleural effusion, liver failure, and biliary leak were 13.4%, 1.5%, and 0%, respectively. After surgery, the average hospital stay was 12.8 (6-38) days. **Conclusion:** Clinical symptoms are not specific. The patient was indicated for surgery with good liver function. Computed tomography revealed that the tumor was massive, with typical HCC characteristics. Liver resection is an effective and safe treatment.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, liver tumor, liver resection, computed tomography, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBG) là một bệnh ác tính phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới, chiếm 80% bệnh lý ác tính ở gan một vấn đề lớn đối với sức khỏe toàn cầu. Việt Nam nằm trong vùng có tỷ lệ mắc UTBG cao nhất liên quan đến nhiễm virus viêm gan B,C. Năm 2012, theo GLOBOCAN tại Việt Nam khoảng 22.0000 người mới mắc và 21.000 người tử vong/năm. Năm

2018, theo số liệu của GLOBOCAN trên thế giới ước tính có khoảng 782.451 ca mới mắc và 745,533 người chết vì căn bệnh này.⁽¹⁾ Bệnh gặp nhiều ở Châu Phi, Châu Á, trong khi ở Châu Âu và Bắc Mỹ ít gặp hơn. Việt Nam cũng là quốc gia có tỷ lệ mắc UTBG cao do liên quan đến tình trạng nhiễm virus viêm gan B và virus viêm gan C. Tại Việt Nam, theo NC của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2014, tỷ lệ tử vong do ung thư gan chiếm 26,9%, tỷ lệ mắc là 30-40/100.000 người.

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư gan được áp dụng nhưng phẫu thuật cắt gan được đánh giá là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả nhất với tỉ lệ tử vong dưới 5% ở các trung tâm phẫu thuật lớn, nhiều kinh nghiệm. Ngoài ra việc lựa chọn bệnh nhân phẫu thuật có chức năng gan tốt là một yếu tố quan trọng làm giảm nguy cơ suy gan, chườm máu sau mổ. Tỷ lệ tử vong, biến chứng còn phụ thuộc vào trình độ phẫu thuật viên ở các trung tâm khác nhau. Tại Việt Nam, nghiên cứu về phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, có tỉ lệ tử vong và chứng sau mổ lần lượt là 10,5% và 1,5%⁽²⁾.

Thực tế hiện nay tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch mai số lượng BN ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật mở cắt gan trong những năm vừa qua ngày càng tăng, nhưng chưa có nhiều NC đánh giá đầy đủ về kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị UTBG tại đây. Vì vậy, đánh giá kết quả phẫu thuật và theo dõi sau mổ là cần thiết nhằm nâng cao kết quả điều trị. Bài báo nhằm mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả gần mổ mở cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ 4/2016 đến 04/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bao gồm các BN UBGTG được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ 4/2016 đến 4/2019 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn: Các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tế bào gan. Được thực hiện phẫu thuật mở cắt gan. Có hồ sơ bệnh án lưu đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN được phẫu thuật nội soi cắt gan. Các BN tử vong sau khi ra viện hoặc sau mổ do các nguyên nhân không liên quan tới UTBG như tai nạn giao thông, tai nạn lao động hay các bệnh lý cấp tính như nhồi máu cơ tim hay tai biến mạch não...

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, kết quả chụp CLVT và siêu âm).

- Kết quả gần: kỹ thuật mổ, thời gian mổ, tai biến và biến chứng sau mổ

Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học phê duyệt, mã số BM-2015-710-118, được ký bởi giám đốc Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2016 đến tháng 3/2019 tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi thu thập được 67 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	
Tuổi, X ± SD (min – max)	56,3 ± 11,6 (30 – 76)
Giới, nam/nữ, n (%)	6,4/1
Tiền sử bệnh	
Viêm gan B, n (%)	37 (55,6)
Nghiên rượu, n (%)	6 (8,9)
Viêm gan C, n (%)	2 (2,2)
Thời gian phát hiện bệnh, n (%)	
< 1 tháng	3 (4,5)
1 – 3 tháng	55 (82)
> 3 tháng	9 (13,5)
Cơ năng, n (%)	
Đau bụng	56 (83,6)
Ăn kém	28 (41,8)
Sút cân	12 (17,9)
Thực thể, n (%)	
Gan to	13 (19,4)
Thiếu máu	9 (13,4)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có tuổi trên 50 tuổi, nam nhiều hơn nữ, đa số bị viêm gan B. Dấu hiệu lâm sàng của bệnh khá nghèo nàn và kín đáo: diễn biến 1 – 3 tháng (86,5%), đau bụng (83,6%), ăn kém (41,8%), sờ thấy u (0%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	
Dấu ấn viêm gan, n (%)	
Viêm gan B	55 (82,1)
Viêm gan C	1 (1,5)
Child-Pugh A, n (%)	67 (100)
Hồng cầu (T/L)	4,8 ± 0,8 (3,9–5,1)
Tiểu cầu (G/l)	198,2 ± 85,5 (100 – 321)
Bilirubin toàn phần (mmol/l)	13,3 ± 6,7
Albumin (g/l)	40,9 ± 5,7
AFP (ng/ml)	635,1 ± 1118,3 (2,1 – 3968)
Đặc điểm cắt lớp vi tính của u gan (%)	
Bờ u rõ, n (%)	45 (67,2)
Ranh giới rõ	58 (86,6)

Giảm âm	30 (44,8)
Tăng sinh mạch	41 (61,2)
Huyết khối tĩnh mạch cửa	2 (3)
Di căn tạng	0 (0)
Dấu hiệu "Washout."	65 (97)
Độ biệt hóa u, n (%)	
Kém	7 (10,4)
Vừa	34 (50,7)
Cao	26 (38,9)

Giai đoạn bệnh theo TNM, n (%)	
GD 1	12 (17,9)
GD 2	42 (62,7)
GD 3	13 (19,4)

Nhận xét: Chức năng gan, đông máu trước mổ phần lớn giới hạn bình thường: 100% Child-Pugh A, tiểu cầu 198,2 G/L. 97% số trường hợp có dấu hiệu "Washout" trên CLVT, phần lớn u ở giai đoạn 2 và 3.

Bảng 3. Kích thước khối ung thư gan

Kích thước u	n (%)	CLVT	Giải phẫu bệnh
1 khối u kích thước ≤ 5cm,	35 (62,5)	3,6 ± 0,9	3,8 ± 8,1
1 khối u kích thước >5cm	18 (32,1)	8,3 ± 3,0	8,4 ± 3,3
≤ 3 khối u kích thước ≤ 3cm	2 (3,6)	2,6 ± 0,5	2,4 ± 0,4
> 3 khối u	1 (1,8)	5,3 ± 1,3	5,7 ± 2,6
Tổng	67 (100)	5,4 ± 3,0	5,3 ± 2,9

Nhận xét: CLVT có giá trị trong chẩn đoán u gan: kích thước u 5,4 ± 3,0 cm, không khác biệt so với giải phẫu bệnh.

Bảng 4. Kỹ thuật mổ và kết quả

Đặc điểm	
Đường mổ, n (%)	
Mercedes	2 (3)
Dưới sườn phải	46 (68,7)
Dưới sườn hai bên	4 (5,9)
Trên dưới rốn	8 (11,9)
Trên rốn	7 (10,5)
Kiểm soát cuồng gan, n (%)	
Chọn lọc	37 (55,2)
Toàn bộ (Pringle maneuver)	30 (44,8)
Phương tiện cắt gan, n (%)	
Pince Kelly	7 (10,4)
Ligasure	45 (67,2)
Kết hợp	15 (22,4)
Phương tiện cầm máu điện cắt, n (%)	
Dao đốt đơn cực	14 (20,9)
Dao đốt lưỡng cực	21 (31,4)
Dao đốt lưỡng cực + Khâu cầm máu	32 (47,7)

Nhận xét: Phần lớn mổ bụng đường dưới sườn, tất cả đều kiểm soát chủ động máu vào gan, sử dụng phối hợp nhiều phương tiện cắt nhu mô và cầm máu điện cắt gan.

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	
Cắt gan lớn, n (%), thời gian mổ (X ± SD)	
Cắt gan phải	3(4,4), 4130 ± 21,2
Cắt gan trái (n=4)	5(5,9), 6130 ± 42,4
Cắt gan trung tâm (n=3)	3(4,4), 4160 ± 34,6
Cắt 2 hạ phân thùy, n (%), thời gian mổ (X ± SD)	

Cắt phân thùy sau	14 (20,9), 135 ± 40,6
Cắt thùy trái	10 (14,9), 94 ± 17,1
Hạ phân thùy 5,6	14 (20,9), 134,3 ± 36,5
Cắt một hạ phân thùy, n (%), thời gian mổ (X ± SD)	19 (28,6), 105 ± 57,7
Truyền máu trong mổ, n (%), ± SD (mL)	8 (11,9), 542,9 ± 184,1
Biến chứng, n (%)	
Suy gan sau mổ	1 (1,5)
Tụ dịch diện cắt gan	1 (1,5)
Tràn dịch màng phổi	9 (13,4)
Rò mật	0 (0)
Chảy máu	1 (1,5)
Thời gian nằm viện, (X ± SD) (min - max), ngày	12,8 ± 6,1 (6 - 38)

Nhận xét: Phần lớn là cắt gan nhỏ (85%). Thời gian mổ khác nhau giữa các kiểu cắt gan: trung bình là 132,1 phút, cắt gan trung tâm 160 phút, cắt thùy trái 94 phút. Truyền máu 8 BN (11,9%), nằm viện trung bình là 12,8 ngày. Biến chứng chung 17,9%, nhưng ít biến chứng nặng, không tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn ung thư biểu mô tế bào gan xuất hiện ở BN bị bệnh gan mạn tính hoặc xơ gan trước đó. Do đó, những BN cao tuổi mắc bệnh gan kéo dài thường dễ phát triển thành ung thư biểu mô tế bào gan. Các NC lớn gần đây được thực hiện ở châu Á cũng như Tây Âu và Bắc Mỹ cho thấy tỷ lệ mắc bệnh cao nhất gặp ở độ tuổi 50-60. Kết quả của NC thu được giống như tuổi trung bình của BN ung thư biểu mô tế bào gan

qua NC của các tác giả: Nguyễn Quang Nghĩa (2012) $50,6 \pm 11,6$; Trần Công Duy Long (2013): $51,7 \pm 12,2$, Vũ Văn Quang (2018): $52,16 \pm 11,06$; Bai Ji (2012). Schwarts và cộng sự (2018) nhận xét: nam giới có nguy cơ mắc bệnh UTBG cao hơn phụ nữ. Sự khác biệt này càng thấy rõ rệt ở các khu vực có tỷ lệ mắc bệnh cao, tỷ lệ mắc UTBG ở nam giới cao hơn 2,1 đến 5,7 lần so với phụ nữ (trung bình (3,7: 1).

Kết quả từ NC cho thấy thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng cho tới khi đến viện từ 1 – 3 tháng chiếm tỷ lệ cao 82%, từ 3-6 tháng và >6 tháng chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 9% và 4,5%. Nhiều BN đau kéo dài, cảm giác tức nặng vùng hạ sườn phải do khối u tăng kích thước, gây căng giãn bao Glisson hoặc chèn ép các cấu trúc lân cận. Tuy nhiên không thấy rõ mối liên quan giữa triệu chứng đau và kích thước khối u. Thống kê cũng chỉ ra rằng, triệu chứng thực thể của UTBG rất nghèo nàn: 19,4% BN thăm khám thấy gan to, tương tự kết quả của Nguyễn Đình Song Huy (2016) nghiên cứu 2480 BN ung thư biểu mô tế bào gan thấy: 18,18% BN có gan to hoặc sờ thấy u⁽³⁾.

Đặc điểm cận lâm sàng. Do đó các yếu tố đông máu và kháng đông do gan sản xuất (các yếu tố II, V, VII, IX, X và fibrinogen, Antithrombin III, Protein C, Protein S) bị giảm, đồng thời tăng nồng độ các chất hoạt hóa Plasminogen. Vì vậy tỷ lệ Prothrombin là chỉ số xét nghiệm đông máu rất quan trọng trong đánh giá chức năng gan trước mổ. Cần đặc biệt lưu ý với những trường hợp có tỷ lệ prothrombin giảm do tỷ lệ này <50% ở ngày thứ 5 là nguy cơ của suy gan sau mổ⁽⁴⁾. Trong số các chỉ số đánh giá chức năng gan thì bilirubin là chỉ số có vai trò quan trọng nhất do đây là chỉ số rất khó điều chỉnh và phản ánh trung thành chức năng gan. Chính vì vậy một số tác giả đưa ra tiêu chuẩn để chỉ định cắt gan khi nồng độ bilirubin toàn phần < 34 $\mu\text{mol/l}$, đặc biệt bilirubin toàn phần <17 $\mu\text{mol/l}$ mới được tiến hành cắt gan lớn. Định lượng AFP rất quan trọng, có giá trị trong phát hiện và chẩn đoán sớm ung thư biểu mô tế bào gan. Việc chọn mức giá trị của AFP để chẩn đoán UTBG hiện nay còn chưa thống nhất. NC của Schwarts và cộng sự (2018) thấy khi AFP = 20 ng/ml thì chẩn đoán UTBG có độ nhạy là 60%, độ đặc hiệu là 91%. Nếu AFP = 200 ng/ml thì độ nhạy chỉ còn 52,6% nhưng độ đặc hiệu tăng lên 99%. BN có mức AFP >1000 ng/ml có nguy cơ tái phát cao sau cắt và ghép gan, không phụ thuộc vào kích thước khối u. Tuy nhiên theo hướng dẫn mới nhất của Hiệp hội Nghiên cứu

bệnh Gan Mỹ và châu Âu đã loại AFP ra khỏi tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan.

Sinh thiết gan. Hiện nay, theo hướng dẫn của Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Mỹ, Hội Gan mật châu Âu, cũng như Mạng các Quốc gia về Ung thư (NCCN), xác định ung thư biểu mô tế bào gan chủ yếu dựa vào chẩn đoán hình ảnh. Sinh thiết gan chỉ đặt ra trong những trường hợp khối u trên CLVT/CHT không thấy hình ảnh điển hình của ung thư biểu mô tế bào gan, hoặc hình ảnh nghi ngờ xuất hiện trên nền gan bình thường. Độ nhạy của sinh thiết gan phụ thuộc vào vị trí, kích thước khối u và cả trình độ của người thực hiện, dao động trong khoảng 70-90% cho khối u với mọi kích thước. Đặc điểm mô bệnh học thu được qua mảnh sinh thiết gan đôi khi rất khó xác định ung thư biểu mô tế bào gan hay không, nhất là khi u kích thước $\leq 2\text{cm}$. Vì vậy theo các hướng dẫn chẩn đoán của châu Âu, Mỹ hay Nhật Bản gần đây đã loại bỏ sinh thiết gan trước mổ ra khỏi tiêu chuẩn chẩn đoán UTBG. Tại Việt Nam theo hướng dẫn chẩn đoán điều trị của Bộ Y tế thì giải phẫu bệnh trước mổ vẫn là một tiêu chí chẩn đoán.

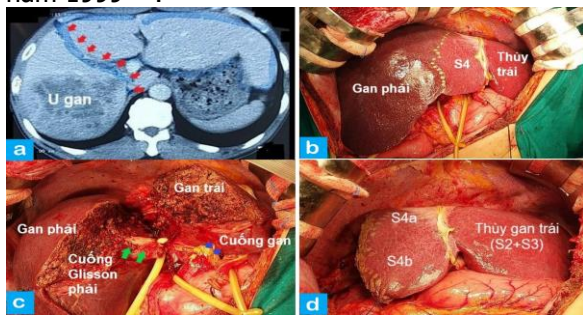
Chỉ định cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, chức năng gan được xem là yếu tố rất quan trọng, liên quan đến biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Phân loại Child Pugh có ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị. Daria Zorzi (2010), thống kê kết quả cắt gan điều trị UTBG cho thấy tỷ lệ tử vong sau mổ ở BN: Child A là 10%, Child B là 30% và Child C tới 80%. Đánh giá chức năng gan trước mổ dựa theo phân loại Child-Pugh được coi là tiêu chuẩn quan trọng khi chỉ định cắt gan. Hầu hết các tác giả thống nhất: chỉ định phẫu thuật cắt gan lớn khi BN ung thư biểu mô tế bào gan có chức năng Child A, cắt gan chọn lọc cho những BN Child B, không nên cắt gan cho những BN phân loại Child C.

Số lượng và kích thước khối u. Kích thước u > 5 cm là một trong các yếu tố tiên lượng và dấu hiệu nhận biết u không thuộc giai đoạn sớm trong phân loại giai đoạn HCC của BCLC năm 2002, BCLC năm 2011, tiêu chuẩn ghép gan Milan và toán đồ tiên lượng của Cho. Tại Nhật Bản, các NC cho thấy BN được chỉ định cắt gan có u kích thước trung bình nhỏ hơn: Yamamoto (2001): $2,6 \pm 1,0\text{cm}$. Yamazaki (2010): $3,1 \pm 0,9\text{cm}$, có thể giải thích điều này do tại Nhật Bản thì việc khám sàng lọc chẩn đoán, phát hiện bệnh sớm hơn. Nếu thể tích phần gan còn lại đủ thì kích thước u lớn không phải là chống chỉ định cắt gan, nhưng thường liên quan đến việc phải

cắt gan lớn và khả năng giải phóng cũng như bộc lộ phần gan có u khó khăn. Hướng dẫn điều trị HCC mới nhất của AASLD năm 2011 và APASL năm 2010 cho thấy với khối u đơn độc thì bất kể kích thước nào đều có chỉ định cắt gan. Đánh giá phân loại giai đoạn ung thư biểu mô tế bào gan rất quan trọng vì quyết định đến chiến thuật điều trị và tiên lượng. Tuy nhiên, do đặc điểm khác biệt của ung thư biểu mô tế bào gan thường xuất hiện trên nền gan xơ nên chỉ định cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan cần dựa vào 3 yếu tố chính: giai đoạn của khối u, chức năng gan, toàn trạng chung của BN.

Trong phẫu thuật cắt gan, nhất là những trường hợp cắt gan lớn thì đường mở bụng là một trong những yếu tố góp phần cho sự thành công của phẫu thuật. Tuy nhiên một số NC gần đây cho thấy ưu thế của đường dưới sườn phải so với đường Mercedes. NC của Heisterkamp (2008) so sánh giữa 2 nhóm BN mở bụng bằng đường chữ J và đường Mercedes cho kết quả nhóm mở bụng bằng đường chữ J có các biến chứng gần liên quan tới đường mổ cũng như tỷ lệ thoát vị thấp hơn (3% so với 19% và 7% so với 24%). Vấn đề lựa chọn đường mổ bụng nào giữa đường dưới sườn phải, đường chữ T hay đường Mercedes phụ thuộc nhiều vào thói quen phẫu thuật viên. Dựa vào các kết quả thu được các tác giả khuyến cáo nên sử dụng đường dưới sườn phải như đường mở bụng chính trong phẫu thuật cắt gan.

Kiểm soát mạch máu. Có thể kiểm soát dòng máu vào gan bằng cách kẹp toàn bộ cuống gan hoặc kiểm soát chọn lọc. Trong NC của chúng tôi, có hai kỹ thuật kiểm soát mạch máu đó là cặp cuống toàn bộ ngắt quãng và cặp cuống chọn lọc. Cặp cuống toàn bộ ngắt quãng (cặp 15 phút – thả 5 phút) được Belghiti đề xuất năm 1999 (5).



Hình 1. Cắt gan phải kiểm soát cuống chọn lọc theo Takasaki kết hợp kiểm soát cuống toàn bộ ngắt quãng ngoài gan.

Nguồn: Bệnh nhân Vũ Đức M, 59 tuổi, mã số C22/366 – 2018; a-u gan phải trên chụp cắt lớp

vi tính và đường cắt gan dự kiến (mũi tên đỏ); b-diện gan phải thiếu máu sau khi kiểm soát chọn lọc cuống gan phải; c-cắt nhu mô gan; d-gan trái còn lại sau cắt gan.

Kiểm soát chọn lọc các mạch máu vào gan có thể thực hiện ở mức độ thùy, phân thùy, thậm chí hạ phân thùy. Kỹ thuật này nhằm hai mục tiêu: (1) giới hạn tổn thương thiếu máu nhu mô trong vùng gan chuẩn bị cắt và (2) xác định chính xác ranh giới của vùng gan cần cắt bằng cách tạo vùng gan thiếu máu đổi màu. Kỹ thuật này có thể thực hiện an toàn trên khoảng 80% số BN cắt gan.

Cắt nhu mô gan. Để tiến hành cắt nhu mô gan có nhiều phương tiện khác nhau như: Kim Kelly, dao siêu âm, dao Ligasure, dao CUSA, hoặc kết hợp các phương tiện trên. Nhu mô gan được cắt theo ranh giới giữa vùng: thẫm màu do thiếu máu nuôi dưỡng. Kỹ thuật phá vỡ nhu mô gan được Tôn Thất Tùng và cộng sự giới thiệu chính thức lần đầu vào năm 1963 và từ đó đã trở thành kỹ thuật tiêu chuẩn của phẫu thuật cắt gan. Phân tích gộp của Rahbari và cộng sự (2009) kết luận không có sự khác biệt có ý nghĩa trong thể tích máu mất, thời gian cắt nhu mô, thời gian nằm viện sau phẫu thuật giữa ép nhu mô gan và các phương pháp khác. Nhiều NC cho rằng dao CUSA giúp diện cắt phẳng, cầm máu tốt hơn, lượng máu mất ít nhưng thời gian cắt kéo dài. Trong khi sử dụng kim Kelly cắt nhu mô gan nhanh và chi Bên cạnh cắt nhu mô gan, kiểm tra cầm máu diện cắt và rò mật cũng được tiến hành một cắt tỉ mỉ. Giordano (2010), Mouly (2013) khuyến cáo: các mạch máu trong nhu mô gan nên buộc, khâu những mạch lớn, clip các mạch nhỏ, kết hợp sử dụng dao đơn cực hoặc dao argon để cầm máu diện cắt.

Kết quả phẫu thuật cắt gan. Thời gian cắt nhu mô và phẫu thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phương tiện sử dụng để cắt gan. Thời gian mổ trung bình trong NC là $132,1 \pm 48,7$ phút. Trong đó cắt gan trung tâm có thời gian phẫu thuật dài nhất 160 phút. Chúng tôi thống nhất với nhận xét của tác giả: thời gian cắt gan trung tâm dài do đây là kĩ thuật khó, phức tạp, phẫu thuật viên phải thực hiện hai diện cắt, một diện cắt bên phải dây chằng tròn và một diện cắt bên trái tĩnh mạch gan giữa. Mất máu và truyền máu trong mổ đã được chứng minh là những yếu tố tiên lượng độc lập với biến chứng và tử vong trong và sau mổ. Nanashima và cộng sự cho rằng: bắt đầu truyền máu khi lượng máu mất khoảng 850ml trở lên(6). Trong NC của mình Hu (2009) đề nghị chỉ truyền

máu khi Hemoglobin < 70g/L.

Suy gan là biến chứng sau mổ quan trọng nhất của phẫu thuật cắt gan. Tỷ lệ suy gan sau mổ dao động từ 1,2-32% tùy tác giả, trong những NC gần đây, tỷ lệ này vào khoảng 8%. Biểu hiện của suy gan sau mổ bao gồm: vàng da, dịch cổ chướng nhiều, rối loạn đông máu và hôn mê gan⁽⁴⁾. Trong NC này chúng tôi sử dụng bộ tiêu chuẩn "50-50" của Belghiti (2005)⁽⁴⁾ để chẩn đoán suy gan sau mổ: tỷ lệ prothrombin <50% và nồng độ bilirubin >50 μ mol/l vào ngày thứ năm sau mổ. Về kết quả giải phẫu bệnh khối u sau mổ tương tự thống kê của Lê Văn Thành (2013): độ biệt hóa cao (17,7%), độ biệt hóa vừa (76%) và biệt hóa thấp (6,3%). NC của Zhang và cộng sự (2016) thấy: độ biệt hóa vừa, cao, thấp gặp lần lượt là 79,9%, 11,6% và 8,5%.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong NC này là 12,8 \pm 6,1 ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 38 ngày. Kết quả thu được tương tự thời gian nằm viện trung bình qua các thống kê của các tác giả trong và ngoài nước: Hu (2009): 12 \pm 4 ngày⁽⁷⁾, Lê Lộc (2010): 13,7 \pm 2,3 ngày, Bai Ji (2012): 12 \pm 1,5 ngày⁽⁸⁾, Dương Huỳnh Thiện (2016); 10,4 \pm 2,4 ngày.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân có tuổi trên 50 tuổi, nam nhiều hơn nữ. Dấu hiệu lâm sàng của bệnh khá nghèo nàn và kín đáo: diễn biến 1 – 3 tháng (86,5%), u thường lớn > 5 cm. Cắt gan nhỏ là chủ yếu (85%), thời gian mổ khác nhau giữa các

kiểu cắt gan, lâu nhất là cắt gan trung tâm (160 phút), nhanh nhất là cắt thùy trái (94 phút). Biến chứng sau mổ là 17,9%, nhưng ít biến chứng nặng, và không tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLÖBOCAN. Cancer fact sheet:** Liver cancer incidence and mortality 2018 [Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/11-Liver-fact-sheet.pdf>].
2. **Thành LV.** Đánh giá phẫu thuật cắt gan trong ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện K. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010;217-22.
3. **Huy NĐS.** Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa U gan Bệnh viện Chợ Rẫy 2010-2015. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2016;11:82-8.
4. **Balzan S. BJ, Farges O.** The "50-50 criteria" on postoperative day 5: an accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy. *Annals of surgery.* 2005;242(6):824-9.
5. **BJ, Noun R., Malafosse R.** Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study. *Annals of surgery.* 1999;229(3):369-75.
6. **NA, Abo T., Hamasak K.** Predictors of intraoperative blood loss in patients undergoing hepatectomy. *Surgery today.* 2013;43(5):485-93.
7. **HJX, Dai W. D., Miao X. Y.** Anatomic resection of segment VIII of liver for hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients based on an intrahepatic Glissonian approach. *Surgery.* 2009;146(5):854-60.
8. **JB, Wang Y., Wang, G., Liu Y.** Curative resection of hepatocellular carcinoma using modified Glissonian pedicle transection versus the Pringle maneuver: a case control study. *International journal of medical sciences.* 2012;9(10):843-52.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN SẢN-NHI TỈNH QUẢNG NGÃI

Nguyễn Thị Mỹ Lệ¹, Nguyễn Đình Tuyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) là kết quả của quá trình viêm gây ra do sự mất cân bằng của yếu tố bảo vệ tế bào và yếu tố độc tế bào ở dạ dày và tá tràng, dẫn đến viêm hay loét dạ dày tá tràng. VLDDTT ở trẻ em chủ yếu là mạn tính, mà nguyên nhân chủ yếu do nhiễm *H. pylori*^[1]. Hiện nay, nội soi dạ dày tá tràng là thủ thuật xâm lấn, có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán, điều trị cũng như đánh giá hiệu quả điều trị viêm loét dạ dày tá tràng.

*Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinh TUYEN889@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

Vào tháng 08/2019, Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi cũng đã tiến hành triển khai thủ thuật nội soi dạ dày tá tràng cho các trẻ có triệu chứng nghi ngờ viêm loét dạ dày tá tràng nhập viện. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của việc triển khai nội soi dạ dày tá tràng trong chẩn đoán và điều trị viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em tại Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Mục tiêu:** 1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em điều trị tại khoa Nhi tiêu hóa Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi.* 2. *Xác định mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em với nhiễm *H.pylori*.* **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Các bệnh nhi chẩn đoán viêm, loét dạ dày tá tràng, được nội soi dạ dày tá tràng từ tháng 04/2020 đến 09/2021 tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ