

DÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CẮT GAN PHẢI SAU NÚT TĨNH MẠCH CỬA PHẢI PHI ĐẠI GAN TRÁI

TRINH HỒNG SƠN, NGUYỄN TIẾN QUYẾT, LÊ THANH DŨNG,
NGUYỄN QUANG NGHĨA, PHẠM THẾ ANH, PHẠM GIA ANH,
NGUYỄN HOÀNG, NGUYỄN HÀM HỘI, QUÁCH VĂN KIẾN,
NGUYỄN THÀNH KHIÊM, BÙI TRUNG NGHĨA, LÊ THÀNH TRUNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt gan phải là loại phẫu thuật cắt gan lớn bao gồm lấy bỏ phần thùy (PT) trước (hạ phân thùy 5, 8) và PT sau (hạ phân thùy 6, 7). Tại Việt nam, cắt gan phải được thực hiện chủ yếu trong các trường hợp ung thư gan nguyên phát, sau đó là chấn thương gan, ung thư gan thứ phát, một số u gan lành tính. Suy gan sau mổ cắt gan phải do nhiều yếu tố và là nguyên nhân chủ yếu dẫn tới tử vong. Những công việc phẫu thuật viên cần nắm vững trước khi cắt gan phải đã được biết rõ ràng qua nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới như phân loại Child- Pugh, ICG test (độ thanh thải Indocyanin) và thể tích gan trái. Trong trường hợp thể tích gan trái không đủ (có nghĩa là tỷ lệ thể tích gan trái với trọng lượng cơ thể nhỏ hơn 0,8%) thì không có chỉ định cắt gan phải. Tắc tĩnh mạch cửa (PVE) làm teo phần gan bị tắc tĩnh mạch cửa (TMC) và phi đại phần gan có tĩnh mạch cửa không bị tắc. Chính sự phi đại, tăng thể tích gan đã làm cho tỷ lệ phẫu thuật cắt gan thành công tăng lên ở những bệnh nhân bị ung thư gan[3]. Hiện nay, nút tĩnh mạch cửa phải để phi đại gan trái (sau đó cắt gan phải) đã được ứng dụng thường quy ở những trung tâm cắt gan trên thế giới.

Mục đích của nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu của 11 trường hợp cắt gan phải sau nút tĩnh mạch cửa phải phi đại gan trái từ 6-2008 đến 9-2009 tại bệnh viện Việt Đức và bệnh viện Hữu nghị.

TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Tư liệu và tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

11 bệnh nhân được chẩn đoán vi thể ung thư tế bào gan phải nguyên phát (HCC). Tất cả các bệnh nhân được nút TMC phải để phi đại gan trái và được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức 10 ca, tại bệnh viện Hữu Nghị 1 ca, trong thời gian từ tháng 6-2008 đến tháng 9-2009.

Chỉ đưa vào nhóm nghiên cứu các trường hợp HCC có chỉ định cắt gan phải nhưng thể tích gan trái lúc đầu không đủ qua chụp cắt lớp vi tính ($< 0,8\%$ trọng lượng cơ thể), Childpugh A (bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo, bụng không có dịch, tỷ lệ Prothrombin $> 65\%$, Bilirubin $< 26\text{mmol/l}$, Albumin máu $> 30\text{g/l}$), không có huyết khối TMC, không có hội chứng tắc mật. Các bệnh nhân có khối u gan phải, không có u ở gan trái. Sau khi nút TMC phải, thể tích gan trái đạt trên $0,8\%$ trọng lượng cơ thể.

Kỹ thuật nút TMC phải theo quy trình 8 bước.

Bước 1: tiền mê bằng Mydazolam, Fentanyl. Gây tê

tại chỗ khi chọc qua da bằng Lidocain 1%. **Bước 2:** chọc kim 16G vào TMC dưới hướng dẫn của siêu âm, đi trực tiếp vào nhánh TMC gan trái, sau đó luồn sang TMC phải hoặc trực tiếp vào TMC phần thùy trước.

Bước 3: sử dụng kỹ thuật Seldinger đặt ống thông (désilet) 5F hoặc 6F hoặc 7F vào nhánh TMC, qua đó luồn sonde Cobra 4F hoặc 5F. **Bước 4:** chụp toàn bộ hệ thống TMC để xác định các biến đổi giải phẫu của hệ TMC trên các tư thế thẳng, chếch trước phải và chếch trước trái. **Bước 5:** đưa ống thông chọn lọc vào các nhánh TMC phải cần gây tắc dưới màn tạng sáng. **Bước 6:** bơm vật liệu gây tắc mạch hỗn hợp Hystoacrylate + Lipiodol theo tỷ lệ 1:10 hoặc 1:12 vào các nhánh TMC cửa phải đến khi có hiện tượng ứ đọng thì dừng. **Bước 7:** chụp lại hệ thống TMC để khẳng định không có hiện tượng trào ngược hoặc nút vào TMC trái. **Bước 8:** đánh giá mức độ tắc mạch bằng siêu âm Doppler. Đạt hiệu quả tắc mạch tốt khi tắc toàn bộ các nhánh phần thùy trước, phần thùy sau và thân TMC phải.

Tiến hành kỹ thuật cắt gan phải theo quy trình 8 bước. **Bước 1:** tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đặt một gối đệm sau lưng ngang mức trên mũi ức, chuẩn bị hệ thống đặt van kéo thành bụng. **Bước 2:** mở bụng theo đường Mercedes và đặt hệ thống van nâng thành bụng. **Bước 3:** giải phóng gan gồm cắt dây chằng (d/c) tròn, d/c liềm, cắt d/c vành phải và d/c vành trái bộc lộ tam giác bóm sau d/c liềm, cắt d/c tam giác phải. Hạ đại tràng góc gan, cắt d/c gan-tá tràng, làm thủ thuật Kocher; bộc lộ tuyến thượng thận phải. **Bước 4:** bộc lộ, thắt và cắt các tĩnh mạch Makuuchi. Cắt d/c gan-tĩnh mạch chủ bụng (d/c hépato-cave), bộc lộ rõ đoạn tĩnh mạch gan phải đổ vào tĩnh mạch chủ dưới (luồn lách hoặc không). Kết thúc thì này có thể đưa gan phải ra ngoài ổ bụng. **Bước 5:** cắt túi mật, luồn 1 sonde số 6 hoặc số 8 qua ống cổ túi mật vào ống mật chủ (kiểu dẫn lưu Escat) hoặc có thể buộc kín ngay ống cổ túi mật. Bộc lộ động mạch gan phải và TMC phải ở rốn gan ngoài nhu mô gan (có thể luồn lách hoặc không nhưng phải đủ rõ để có thể cặp clamp chọn lọc được). Không cần thiết bộc lộ rõ đường mật gan phải. **Bước 6:** cặp clamp chọn lọc động mạch gan phải, TMC phải sau đó là tĩnh mạch gan phải. Sau khi cặp clamp chọn lọc các thành phần trên phải thấy rõ đường Canty phân biệt rõ ranh giới gan phải và gan trái. Nhìn rõ gan phải tím sẫm, gan trái hồng bình thường. **Bước 7:** cắt gan phải. Mở bao Glisson mặt trên gan theo đường cách bờ phải đường

Canty 0.5-1cm; mặt dưới gan theo một đường từ điểm giữa giường túi mật đến củ đuôi; mặt sau gan theo đường song song sát bờ ngoài phân thùy 9. Cắt gan và kiểm soát các cuống Glisson theo phương pháp Tôn Thất Tùng. Có thể sử dụng dao siêu âm trong quá trình cắt gan, hoặc kẹp nhu mô gan bằng pince Kely. Có thể thắt cuống gan phải hoặc cuống phân thùy trước, phân thùy sau riêng rẽ. Có thể thắt riêng các thành phần trong bao Glisson. Cầm máu diện cắt gan bằng các mũi khâu prolene 3.0 hoặc 4.0. Có thể thực hiện hoặc không thực hiện bơm kiểm tra rỉ mật diện cắt gan qua dẫn lưu kiểu Escart. **Bước 8:** lau sạch ổ bụng, kiểm tra lần cuối các diện bóc tách, diện cắt gan. Có thể hoặc không che phủ diện cắt gan bằng tạo hình 1 vật mạc nối lớn. Đặt hệ thống dẫn lưu cạnh diện cắt (ít nhất 2 dẫn lưu). Xếp lại ruột, phủ mạc nối lớn. **Bước 9:** đóng bụng (2 lớp hoặc 3 lớp).

2. Phương pháp: tiền cứu mô tả

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới
- Các dấu hiệu lâm sàng: đau bụng, sút cân, chán ăn, sờ thấy gan to
- Cận lâm sàng: HbsAg (+), nồng độ AFP (ng/ml)
- Kích thước khối u gan (cm)
- Thể tích gan trái (ml) trước và sau làm tắc TMC phải.
- Tỷ lệ thể tích gan còn lại/cân nặng
- Thời gian mổ (phút)
- Tai biến trong mổ
- Tử vong và biến chứng trong mổ (chảy máu, áp xe tồn dư, rò mật, viêm phúc mạc, suy gan, tràn dịch màng phổi...)

KẾT QUẢ

Bảng 1. Giới (tổng số có 11 bệnh nhân, tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 58)

Giới	n	%
Nam	9	81,8
Nữ	2	18,2

Bảng 2 . Lâm sàng

Lâm sàng	n	%
Đau bụng	9	81,2
Sút cân	8	72,7
Chán ăn	8	72,7
Sờ thấy khối dưới sườn	0	0

Bảng 3. HbsAg

HbsAg (+)	n	%
HbsAg (+)	11	100

Bảng 4. Hàm lượng AFP (ng/ml)

Hàm lượng AFP	n	%
0-10	2	18,2
11- 100	2	18,2
101- 200	0	0
201- 300	0	0
>300	7	63,6

Bảng 5. Kích thước u

Kích thước	n	%
1-3 cm	1	9,1
3-5 cm	3	27,3
>5cm	7	63,6

Bảng 6. Thể tích gan trái (ml) trước và sau làm tắc tĩnh mạch cửa phải

Thể tích gan trái	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
Trước	259	388	331
Sau	368	689	524

Bảng 7. Tỷ lệ thể tích gan trái/ cân nặng sau làm tắc tĩnh mạch cửa phải

Thể tích gan trái/ cân nặng sau nút	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
0,83	1,34	0,99	

Bảng 8. Thời gian mổ (từ 120 phút đến 330 phút trung bình: 225 phút).

Thời gian	n	%
<120	1	9,1
121- 180	3	27,3
181- 240	3	27,3
>240	4	36,3

Bảng 9. Tai biến trong mổ, tử vong và biến chứng sau mổ

Tai biến	n	%
Tai biến trong mổ tổn thương ống gan trái	1	9,1
Tử vong	0	0
Chảy máu	0	0
áp xe tồn dư	0	0
Rò mật	0	0
Viêm phúc mạc	0	0
Suy gan	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	1	9,1
Tràn dịch màng phổi phải	1	9,1

BÀN LUẬN

1. Chỉ định nút tĩnh mạch cửa phải

Suy gan sau mổ cắt gan lớn ví dụ như cắt gan phải là một trong những nguyên nhân chính dẫn tới tử vong. Một trong những nguyên nhân quan trọng gây suy gan sau mổ cắt gan phải là thể tích gan trái còn lại không đủ. Để tránh suy gan sau mổ năm 1986 lần đầu tiên Kinoshita và cộng sự đã công bố tắc tĩnh mạch cửa qua da (Preoperative percutaneous transhepatic portal vein embolization viết tắt là PTPE hoặc PVE) làm phi đại gan trước mổ [5]. Tắc tĩnh mạch cửa (TMC) phải làm phi đại gan trái sau đó cắt gan phải được Makuuchi thực hiện thành công lần đầu tiên vào năm 1990 cho một bệnh nhân bị ung thư ngã ba đường mật [6]. Tại Việt nam thông báo nút tĩnh mạch cửa phải làm phi đại gan được thực hiện lần đầu tiên ngày 24 tháng 3 năm 2006 tại bệnh viện Việt Đức [1].

Nhóm các tác giả ở Osaka nhật bản [8] thông báo kết quả điều trị 78 bệnh nhân HCC trong 15 năm (10.1981 đến 6.1996) được cắt gan phải hoặc cắt thùy gan phải. Nghiên cứu được chia làm 2 nhóm: 32

bệnh nhân (nhóm A) được nút tĩnh mạch cửa phải trước phẫu thuật và 46 trường hợp không được nút tĩnh mạch cửa phải (nhóm B). Các chỉ tiêu đánh giá 2 nhóm bao gồm: Test ICG R15, tỷ lệ thể tích gan cắt bỏ so với tổng thể tích gan, điểm số tiên lượng bệnh giữa thể tích gan với chức năng gan được tính theo tuổi, thể tích nhu mô gan cắt bỏ và áp lực tĩnh mạch cửa. Tác giả so sánh giữa 2 nhóm về các chỉ tiêu: dấu hiệu lâm sàng, tử vong, kết quả sau mổ. Thể tích gan của mỗi bệnh nhân được tính trên chụp cắt lớp vi tính tại thời điểm trước và sau 2 tuần nút tĩnh mạch cửa. Dấu hiệu suy gan bao gồm: xuất hiện dịch ổ chướng, hoặc tràn dịch màng phổi không thuyên giảm khi được điều trị, xuất huyết tiêu hóa, hôn mê, vàng da (Bilirubin toàn phần >5,0 mg/dl). Kết quả về tiến triển lâm sàng sau PVE: áp lực tĩnh mạch cửa tăng sau PVE mức tăng cao nhất là 10,5 cm H₂O, sau PVE 2 tuần thể tích của phần gan bị tắc giảm trong khi thể tích phần gan còn lại tăng lên, ICG R15 tăng nhẹ (P<0,05), điểm tiên lượng giảm. Hiệu quả của PVE với cắt gan lớn: ALT, ICG R15 tăng lên có ý nghĩa ở nhóm có PVE, số bệnh nhân HCC kèm theo xơ gan cao hơn một cách không có ý nghĩa, biến chứng sau mổ nhóm A có 7 bệnh nhân (5/7 bệnh nhân có dấu hiệu của suy gan), trong khi nhóm B có 12 bệnh nhân (cả 12 bệnh nhân có biểu hiện suy gan), tỷ lệ chết của nhóm A (1 bệnh nhân trong vòng 30 ngày, 0 bệnh nhân sau 30 ngày) thấp hơn của nhóm B (3 bệnh nhân tử vong trong vòng 30 ngày, 6 bệnh nhân tử vong sau 30 ngày) một cách có ý nghĩa. Tỷ lệ sống sau mổ được đánh giá ở những bệnh nhân có chỉ số ICG R15 là 10% hoặc cao hơn, bởi vì khả năng thực hiện cắt gan lớn giảm đi khi ICG R15 <10%. Thời gian sống của nhóm A cao hơn nhóm B một cách có ý nghĩa. Nhóm A có 16 bệnh nhân chết, trong đó 13 bệnh nhân tái phát HCC (81,3%), suy gan ở 3 bệnh nhân còn lại (18,7%). Nhóm B: 33 bệnh nhân chết, trong đó 18 bệnh nhân HCC tái phát (54,5%), suy gan 10 bệnh nhân (30,3%), chảy máu tiêu hóa 2 bệnh nhân (6,1%), nguyên nhân khác 3 (9,1%). Như vậy tỷ lệ chết do suy gan cao hơn 1 cách có ý nghĩa ở nhóm B so với nhóm A.

Những hạn chế của PVE trong cắt gan lớn: cùng trong nhóm bệnh nhân PVE nguy cơ suy gan cao hơn 1 cách có ý nghĩa ở những bệnh nhân có áp lực tĩnh mạch cửa trên 30 cm H₂O hoặc chỉ số tiên lượng lớn hơn 50 điểm. Nhóm các tác giả này kết luận: PVE là phương thức rất có lợi trong trường hợp cần cắt gan lớn ở những bệnh nhân HCC mà chức năng gan suy giảm.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều không đủ thể tích gan trái (so với trọng lượng cơ thể dưới 0,8%) để thực hiện cắt gan phải (bảng 6). Vì vậy phải tiến hành nút tĩnh mạch cửa phải theo quy trình 8 bước trình bày ở phần phương pháp nghiên cứu. Sau 4 đến 6 tuần thể tích gan trái phi đại đủ điều kiện để chúng tôi tiến hành cắt gan phải (bảng 7).

Về mặt lâm sàng đa số bệnh nhân có dấu hiệu sút cân và chán ăn, không bệnh nhân nào sờ thấy u ở

dưới sườn (bảng 2); có 9 bệnh nhân nam (81,8%) và 2 bệnh nhân nữ (18,2%). 63,6% bệnh nhân có nồng độ AFP trong máu trên 300ng/ml (bảng 4). Tất cả bệnh nhân đều có tiền sử viêm gan B, xét nghiệm 100% Hbs Ag dương tính (bảng 3) và đều có dấu hiệu xơ gan trên vi thể.

Tỷ lệ HCC tăng lên ở những nước Tây Âu[2], HCC thường xuất hiện chủ yếu ở bệnh nhân có xơ gan. Cắt gan là chỉ định điều trị chuẩn trong trường hợp còn chỉ định cắt, trong khi ghép gan là lựa chọn tốt nhất trong trường hợp khối u xơ gan có kích thước nhỏ nhưng có rối loạn chức năng gan nặng. Gần đây, ngày càng có nhiều bệnh nhân HCC được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ khối u nhờ có những phương tiện giúp phát hiện bệnh sớm và bệnh nhân được lựa chọn tốt hơn, điều trị trước và sau mổ tốt, kỹ thuật mổ được tăng lên.

HCC là vấn đề sức khỏe lớn trên toàn cầu, đây là loại ung thư xếp thứ 5 trong số những ung thư hay gặp trên thế giới, đứng thứ 3 trong những nguyên nhân gây tử vong do ung thư. Mỗi năm trên thế giới có hơn 500 000 ca mới phát hiện, tuổi thường gặp ở độ tuổi trung niên, tỷ suất 5,5-14,9/100 000 dân. Một vài vùng ở châu á, HCC là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư. Ở châu âu và châu mỹ HCC đã gây lên mối quan tâm lớn và tỷ lệ tăng lên trong những năm gần đây, chủ yếu liên quan đến HCV. HCC hiện tại là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên những bệnh nhân xơ gan ở châu âu [4]. HCC là một trong số ít các loại ung thư có các yếu tố nguy cơ đã được xác định rõ: 80% ung thư phát triển trên những bệnh nhân xơ gan. Xơ gan là yếu tố nguy cơ rõ ràng nhất gây ung thư. Sự khác nhau về địa giới cũng là 1 yếu tố. Châu á và châu Phi, nhiễm HBV rất thường gặp kèm theo aflatoxin B nhiễm trong thức ăn. Những nước Tây âu và Nhật Bản nhiễm HCV là yếu tố nguy cơ chủ yếu. Rượu và Hemochromatosis cũng là các nguyên nhân gây xơ gan. Vai trò của tác nhân gây ung thư như thuốc lá chưa được chứng minh rõ ràng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả 11 bệnh nhân đều có nhiễm virút viêm gan B (bảng 3).

Các bệnh nhân u gan phải cần tiến hành phẫu thuật cắt gan lớn nhưng thể tích gan trái không đủ thì nút tĩnh mạch cửa là một phương pháp làm phi đại phần gan lành. Phương pháp này thường được áp dụng ở các bệnh nhân có thể tích phần gan lành dự định bảo tồn < 40% ở các bệnh nhân xơ gan, và < 25% ở các bệnh nhân khác. Làm phi đại gan thất bại tức là khả năng tái tạo của gan không còn nguyên vẹn và phẫu thuật viên cần đánh giá lại khả năng phẫu thuật cắt gan. Một nghiên cứu trên 28 bệnh nhân u gan trên nền bệnh gan mạn tính đã chỉ ra rằng nút tĩnh mạch cửa vừa làm tăng thể tích phần gan dự kiến bảo tồn 35 ' 28% vừa làm giảm đáng kể các biến chứng hậu phẫu. Một nghiên cứu khác cho rằng nút tĩnh mạch cửa mang lại cơ hội tiến hành phẫu thuật cắt gan phải ở các bệnh nhân u gan mà trước đây cho rằng không còn chỉ định mổ. Bên cạnh

đó, tỷ lệ sống thêm ở các bệnh nhân mổ cắt gan sau nút tĩnh mạch cửa là tương đương với các bệnh nhân mổ cắt gan không cần nút TMC[6]

2. Kết quả cắt gan phải sau nút tĩnh mạch cửa phải

Tuy số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít nhưng kết quả bước đầu cho thấy khá quan. Thời gian mổ trung bình cắt gan phải là 225 phút (bảng 8). Không có trường hợp nào tử vong sau mổ, không có trường hợp nào suy gan mất bù sau mổ. Có 1 trường hợp dịch màng phổi phải, dịch ổ bụng, vàng da xuất hiện sau mổ (trường hợp này làm tổn thương ống gan trái trong mổ-bảng 9) được chọc hút màng phổi phải, bồi phụ Albumin sau mổ... cho quả tốt, bệnh nhân ra viện. Các biến chứng sau mổ khác như chảy máu, viêm phúc mạc, áp xe tồn dư, rò mật,... chúng tôi chưa gặp.

Nhóm các tác giả ở Pháp [2] tập hợp những nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm ở Châu Âu trong 13 năm trên 1467 bệnh nhân cắt gan do HCC cho thấy: tỷ lệ tử vong là 10,6%, tỷ lệ này bị ảnh hưởng bởi 3 yếu tố: cắt gan rộng rãi, nguyên nhân gây xơ gan, giai đoạn tiến hành nghiên cứu trong thời gian gần đây nhất. Thời gian sống sau 5 năm nói chung đạt từ 20-51%, thời gian sống thêm không bệnh 20-33%, tỷ lệ này ở 2 nhóm xơ gan và không xơ gan là tương tự nhau. Toàn bộ kết quả này cũng tương tự như ở 1 số nước châu Á.

Nhóm các tác giả Tây ban nha [4] tập hợp 63 nghiên cứu ghi nhận của y văn so sánh ngẫu nhiên có đối chứng trong vòng 25 năm cho biết tắc mạch hóa chất là phương pháp duy nhất kéo dài thời gian sống của những bệnh nhân ung thư gan nguyên phát không còn chỉ định phẫu thuật với điều kiện phải lựa chọn bệnh nhân chặt chẽ. HCC đang có chiều hướng ngày càng gia tăng vì sự lan tràn của virus viêm gan B và C. Những bệnh nhân bị xơ gan có nguy cơ cao và cần phải được theo dõi định kỳ 6 tháng 1 lần. Theo dõi định kỳ sẽ phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, giai đoạn mà có thể điều trị được bằng phẫu thuật cắt gan, ghép gan hoặc điều trị qua da (tiêm cồn khối u hay diệt u bằng sóng cao tần...). Tại các nước Tây Âu và Nhật bản, 30% HCC được điều trị bằng các phương pháp nêu trên với tỷ lệ sống sau 5 năm đạt trên 50%. Cắt gan được chỉ định cho những bệnh nhân có 1 khối u và chức năng gan còn tốt. Ghép gan đem lại lợi ích cho những bệnh nhân xơ gan mất bù, một khối u gan kích thước nhỏ hơn 5 cm hoặc có ba khối u nhỏ hơn 3 cm. Tuy nhiên nguồn gan ghép rất hạn chế chỉ định ghép gan. Khó khăn này chỉ có thể được giải quyết bằng nguồn ghép gan từ người sống khỏe mạnh. Hầu hết bệnh nhân HCC được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, do vậy điều trị chỉ có tính chất không triệt để.

Về vấn đề kiểm tra chức năng gan trước mổ: mặc dù có rất nhiều xét nghiệm đánh giá chức năng gan ở các bệnh nhân xơ gan Child Pugh A và B trước khi phẫu thuật cắt gan lớn (cắt ít nhất là 4 hạ phân thùy trở lên) nhưng vẫn chưa có được sự thống nhất tiêu

chuẩn lựa chọn xét nghiệm nào. Xét nghiệm độ thanh thải indocyanine (còn gọi test màu xanh) là một phương pháp đánh giá chức năng gan (phương pháp lượng giá gián tiếp chức năng gan). Tốc độ thanh thải của chất này được lượng giá bằng thời gian tồn tại trong máu ngoại vi (phản ánh chức năng thanh thải của gan). Một số nghiên cứu cho biết: tỷ lệ indocyanine được giữ lại trong máu sau 15 phút (ICGR 15) dưới 20% là giới hạn an toàn cho phép cắt gan, còn dưới 14% thì tỷ lệ tử vong gần như bằng 0 [6]. Tuy nhiên, do trường hợp tử vong sau mổ cắt gan có thể gặp ở bất kỳ tỷ lệ thanh thải indocyanine nào nên phải kết hợp với các đánh giá lâm sàng, xét nghiệm khác. Một số xét nghiệm khác ít được sử dụng hơn như test lidocain hay độ thanh thải galactose gan.

Nghiên cứu của chúng tôi chưa thực hiện ICG test nhưng chúng tôi chỉ thực hiện phẫu thuật cắt gan phải khi thể tích gan trái đạt trên 0,8% trọng lượng cơ thể, Childpugh A, không có huyết khối TMC.

KẾT LUẬN

Nút tĩnh mạch cửa phải phì đại gan trái làm tăng thêm cơ hội cắt gan phải cho những bệnh nhân ung thư gan phải nhưng gan trái không đủ thể tích. Kết quả bước đầu cắt gan phải ở những bệnh nhân này cho thấy đây là phương pháp an toàn, tránh suy gan sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Quang Nghĩa, Bùi Văn Giang, Lê Thanh Dũng, Ngô Lê Lâm, Nguyễn Tiến Quyết
Nút tĩnh mạch cửa gây phì đại gan: thông báo trường hợp đầu tiên tại Việt Nam. Y học thực hành, 2009, 5 (662): 65- 68.
2. Daniel Jaeck, Philippe Bachellier, Elie Oussoultzoglou, Jean- Christophe Weber, and Philippe Wolf. Surgical resection of Hepatocellular carcinoma. Post-operative outcome and long-term results in Europe: an overview. Liver transplantation 2000; vol 10; No 2: 58-63.
3. Elias D, Debaere T, Roche A, et al. Preoperative selective portal vein embolizations are an effective means of extending the indications of major hepatectomy in the normal and injured liver. Hepato- Gastroenterol 1998; 45: 170- 177.
4. Josep M Liovet, Andrew Burroughs, Jordi Bruix
Hepatocellular carcinoma. Lancet 2003; 362:1907-1917.
5. Kinoshita H, Sakai K, Hirohashi K, et al
Preoperative portal vein embolization for hepatocellular carcinoma. World J Surg 1986; 10: 803-8.
6. Makuuchi M, Thai BL, Takayasu T, Kosuge T, Gunven P, Yamazaki S, Hasegawa H, Ozaki H (1990).
Preoperative portal embolization to increase safety of major hepatectomy for hilar bile duct carcinoma: A preliminary report. Surgery 1990; 107: 521- 527.
7. Robin D Kim, Alan I Reed, Shiro Fujita, David D Foley, Kristin L Mekeel, Alan W Hemming (2007), Consensus and Controversy in the Management of Hepatocellular Carcinoma". J Am Coll Surg 2007; 205, 1: 108 – 123.
8. Shoji Kubo, Hiroaki Kinoshita, Kazuhiro Hirohashi, Hiromu Tanaka, Tadashi Tsukamoto, Taichi Shuto, Yoshihiko Morimoto, Akishige Kanazawa, Shinichi Mikami, and Chikaharu Sakata. Efficacy of preoperative portal vein embolization prior to major hepatectomy for patients with impaired liver function: A retrospective study.
J Hep Bil Pancr Surg 1997; 4: 359-364.