

vết hạch D2 tiêu chuẩn. So với các tác giả châu Âu, nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn được lý giải bởi chúng tôi vét hạch D2 hệ thống cao hơn các tác giả châu Âu, vét hạch D2 chọn lọc.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy với bệnh nhân ung thư dạ dày tiến triển tại chỗ, điều trị hóa chất tiền phẫu kết hợp phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 tương đối an toàn, mang lại hiệu quả cao về sống thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I, et al. (2018).** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(6), 394–424.
2. **Cunningham D, Allum WH et al.** Perioperative Chemotherapy versus Surgery Alone for Resectable Gastroesophageal Cancer. N Engl J Med. 2006;355(1):11-20.
3. **Al-Batran SE, Homann N, Schmalenberg H et al.** Perioperative chemotherapy with docetaxel,

oxaliplatin, and fluorouracil/leucovorin (FLOT) versus epirubicin, cisplatin, and fluorouracil or capecitabine (ECF/ECX) for resectable gastric or gastroesophageal junction (GEJ) adenocarcinoma (FLOT4-AIO): a multicenter, randomized phase 3 trial. Proc Am Soc Clin Oncol. 2017; 35:4004.

4. **Japanese gastric cancer association.** Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition), English edition. Gastric cancer. 2021; Jan;24(1):1-21.
5. **Karen Becker, James D. Mueller, Christoph Schulmacher et al.** Histomorphology and grading of regression in gastric carcinoma treated with neoadjuvant chemotherapy. Cancer. 2003; 98:1521-30
6. **Sun M-M, Fan Y-Y, Dang S-C(2018).** Comparison between uncut Roux-en-Y and Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer: A meta-analysis. World journal of gastroenterology;24(24):2628-2639.
7. **Li FX, Zhang Rp Fau - Zhao J-z, et al (2011).** Use of uncut Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer. (1671-0274)
8. **Mitsuru Sasako, Park JY, Kim JY.** Progress in the treatment of gastric cancer in Japan over the last 50 years. Ann Gastroenterol Surg. 2020 Jan; 4(1): 21–29.

ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT CẮT GAN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÔN THẤT TÙNG KẾT HỢP TAKASAKI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Huy Toàn¹, Hà Văn Quyết², Nguyễn Văn Hương¹, Lê Anh Xuân¹, Phạm Văn Thương², Đặng Quốc Ái³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đặc điểm kỹ thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan (UTTBTG). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 83 bệnh nhân được cắt gan bằng kỹ thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị UTTBTG tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 2/2017 đến tháng 7/2021. **Kết quả:** Đường mổ dưới sườn và đường chữ J 39,8%; 37,3%. Giải phóng gan phải và trái toàn bộ: 21,7% và 8,4%. Kiểm soát cuống Glisson ngoài gan theo phương pháp Takasaki 100%; tai biến chung khi phẫu tích cuống gan 4,8%; nạo vét hạch cuống gan 43,2%. Tất cả đều cắt nhu mô trước khi cắt cuống Glisson. Cắt nhu mô gan bằng Kelly kết hợp dao siêu âm và dao điện 74,7%. Kiểm tra rò mật bằng

bơm chỉ thị màu 37,3%; Che phủ diện cắt bằng surgical chiếm 85,6%; sinh thiết tức thì diện cắt 95,2 %, dẫn lưu ổ bụng 100%. **Kết luận:** Cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị UTTBTG là phương pháp an toàn, dễ thực hiện nếu nắm vững giải phẫu gan và kỹ thuật kiểm soát cuống gan.

Từ khóa: cắt gan, phương pháp Tôn Thất Tùng, kỹ thuật Takasaki.

SUMMARY

TECHNICAL CHARACTERISTICS OF HEPATECTOMY BY TON THAT TUNG'S METHOD COMBINED WITH TAKASAKI APPROACH IN THE MANAGEMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Introduction: To study the technical characteristics of hepatectomy by Ton That Tung's method combined with Glissonian pedicle approach by Takasaki method in hepatic resection for hepatocellular carcinoma. **Patients and methods:** This is a prospective study of 83 patients undergoing hepatic resection by Ton That Tung's method combined with Glissonian pedicle approach by Takasaki method for hepatocellular cancer at Nghe An Friendship General Hospital from February 2017 to July 2021. **Results:** The incision below the ribs and the J-line were used in 39.8% and 37.3% of patients,

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Đại học Y Dược Hải Phòng

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Toàn

Email: Drhuytoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

respectively. Total right and left liver clearance in 21.7% and 8.4% of patients, respectively. Glissonian pedicle approach by Takasaki method was used in 100% of patients; General complications during dissecting the hepatic hilum and hepatic hilar lymph nodes dissection occurred in 4.8% and 43.2% of patients, respectively. Parenchymal resection prior to Glissonian pedicle resection was performed in all cases. Hepatic parenchymal resection by Kelly forceps combined with ultrasonic scapel and electrocautery was done in 74.7% of patients. Bile leakage was checked with color indicator in 37.3% of patients; The cut surface was covered with surgicel in 85.6% of patients; frozen section biopsy was done in 95.2% of patients; 100% of patients had abdominal drainage.

Conclusion: Hepatic resection by Ton That Tung method combined with Glissonian pedicle approach by Takasaki method in hepatectomy for hepatocellular carcinoma management is a safe and simple method if the surgeon thoroughly understands the liver anatomy and masters the hepatic hilar management techniques.

Keywords: Hepatectomy, Ton That Tung method, Takasaki approach.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị UTTBG được áp dụng như: phẫu thuật cắt gan, RFA, 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, khống chế cuống mạch sau khi cắt nhu mô, hạn chế được các biến chứng do bất thường giải phẫu gan [1]. 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 UTTBG chưa được nghiên cứu nhiều. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đưa ra những đặc điểm kỹ thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị UTTBG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Bao gồm 83 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật cắt gan điều trị UTTBG 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.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

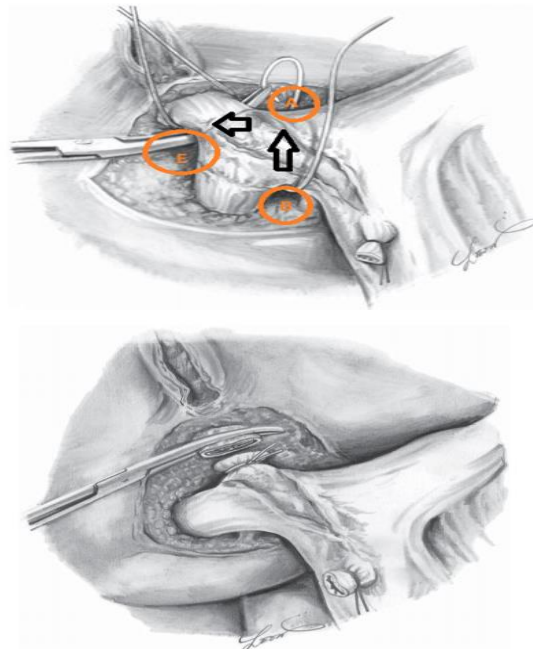
(1) BN được chẩn đoán UTTBG trước mổ theo phác đồ của Bộ Y tế Việt Nam 2020. (2) Được cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki. (3) Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tế bào gan. (4) Trường hợp cắt gan lớn ($\geq 3\text{HPT}$) thì thể tích gan còn lại đo trên chụp CLVT so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

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả tiến cứu, không đối chứng.

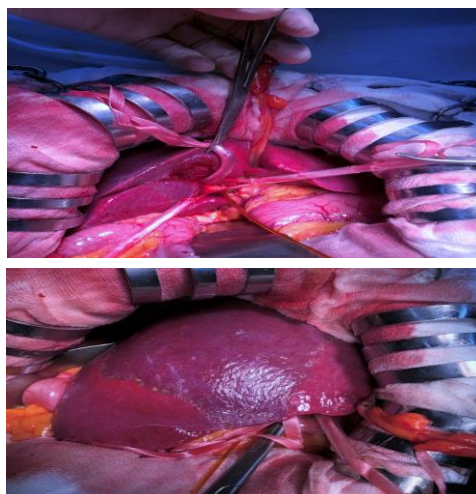
Quá trình phẫu thuật được tiến hành trong 8 bước: (1) Mở bụng; (2) Kiểm tra ổ bụng; giải phóng gan; (3) Giải phóng gan; (4) cắt túi mật, nạo vết hạch cuống gan; (5) Kiểm soát cuống Glisson ngoài gan theo phương pháp Takasaki; (6) Cắt nhu mô gan, xử lý cuống Glisson trong gan theo Tôn Thất Tùng; (7) Kiểm tra cầm máu, rò mật, che phủ diện cắt; (8) Dẫn lưu, đóng bụng.

*Chúng tôi tiến hành phẫu tích tìm các cuống Glisson ngoài gan theo Takasaki. Cắt túi mật, mở mạc nối nhỏ bộc lộ toàn bộ cuống gan. Phẫu tích vào chỗ chia đôi cuống Glisson bên trái và phải, khâu buộc toàn bộ các nhánh nhỏ đổ trực tiếp vào nhu mô gan quanh cuống Glisson để tránh rò mật và chảy máu. Phẫu tích tại rốn gan có thể bộc lộ các cuống Glisson chính.

- Sử dụng sợi vải lụa để thắt tạm thời cuống glisson phần gan cần cắt bỏ thay vì cắt cuống glisson ngoài gan trước khi cắt nhu mô gan kiểu Takasaki.



Hình 1. (A) Kiểm soát các cuống glisson ngoài gan theo Takasaki, (B) Cắt cuống Glisson trước khi cắt nhu mô

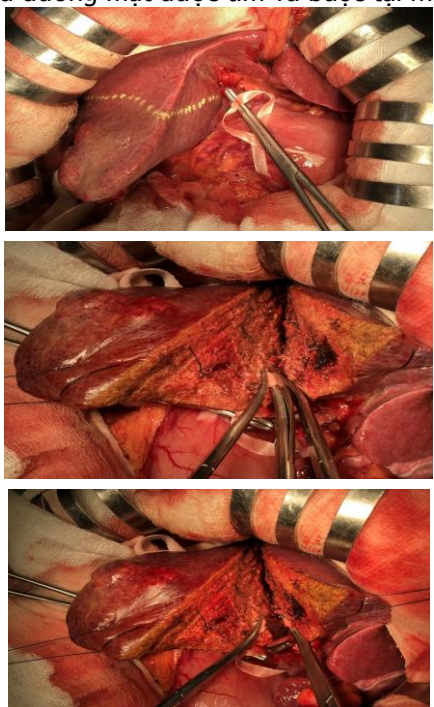


Hình 2. (A) Thắt tạm thời cuống glisson ngoài gan bằng dây lác và ống silicon, (B) phần gan chi phối bởi cuống glisson đã thắt chuyển sang màu tím

*Cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng: Cắt nhu mô gan trước, xử lý cuống trong nhu mô sau.

- Xác định đường cắt hay mặt phẳng cắt gan: sự chuyển màu của bề mặt gan sau khi thắt tạm thời cuống Glisson ngoài gan, đánh dấu diện cắt.

- Cắt nhu mô gan theo diện cắt gan đã được đánh dấu bằng kỹ thuật bóp nát nhu mô để bộc lộ các cuống mạch trong gan. Các nhánh mạch máu và đường mật được tìm và buộc tại mặt cắt.

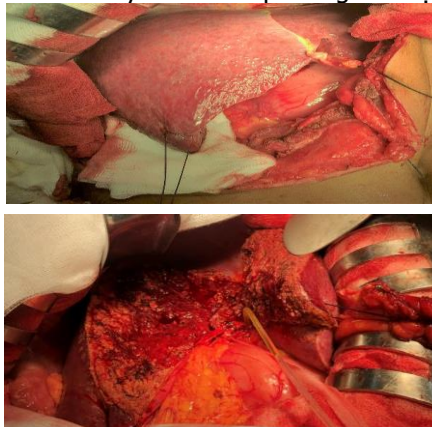


Hình 3. Xử lý các cuống glisson trong nhu mô gan (khâu – buộc) sau khi phá nhu mô

*Kiểm tra rò mật ở diện cắt bằng 2 phương pháp.

- Chèn gạc trắng vào bề mặt diện cắt trong 5 – 10 phút, sau đó kiểm tra trên bề mặt gạc tương ứng với diện cắt điểm rò mật để xử lý.

- Bơm methylene blue qua ống túi mật)



Hình 4. (A) Kiểm tra bằng gạc trắng, (B) Kiểm tra bằng bơm chỉ thị màu

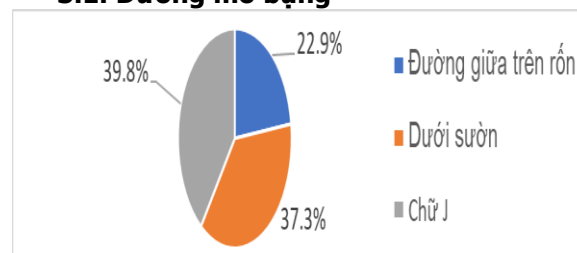
Chỉ tiêu nghiên cứu: Đường mở bụng, đánh giá tình trạng ổ bụng, giải phóng gan, nạo vét hạch, kiểm soát xử lý cuống Glisson, phương tiện cắt gan, kiểm tra cầm máu, che phủ diện cắt, dẫn lưu.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 7 năm 2021, có 83 BN được phẫu thuật cắt gan điều trị UTTBG bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki.

3.1. Đường mở bụng



Biểu đồ 1. Đường mở bụng

Nhận xét: Đường mở bụng được sử dụng phổ biến là đường chữ J, dưới sườn lần lượt là 39,8% và 37,3%.

3.2. Đánh giá ổ bụng và giải phóng gan

Bảng 1. Giải phóng gan và tai biến

Giải phóng gan		Số BN	%
Gan phải	Toàn bộ	18	21,7
	Một phần	40	48,2
Gan trái	Toàn bộ	7	8,4

	Một phần	18	21,7
	Giải phóng gan sau khi kiểm soát cuống Glisson	6	7,2
	Cắt cơ hoành chủ động khi giải phóng gan	3	3,6
Tai biến			
	Rách cơ hoành (n = 83)	0	0
	Vỡ u (n = 83)	2	2,4
	Rách tuyến thượng thận Phải (n = 58)	6	10,3
	Rách nhu mô gan (n=83)	1	1,2

- Đánh giá ổ bụng: Có 59 (71,1%) BN nhu mô gan xơ nhẹ; dịch ổ bụng 24 (28,9%); khối u vỡ 12 (14,5%); u dính cơ hoành 8 (9,6%).

3.3. Cắt túi mật, kiểm soát cuống Glisson ngoài gan theo Takasaki và xử lý cuống Glisson trong gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng

Bảng 2. Kiểm soát cuống Glisson và tai biến

Kiểm soát cuống Glisson	Số BN	%
Phải	60	72,3
Trái	12	14,5
Trước	44	53
Sau	46	55,4
Hạ phân thủy	27	32,5
Toàn bộ	1	1,2
Tai biến	Số BN	%
Tổn thương tĩnh mạch cửa	1	1,2
Chảy máu nhu mô quanh cuống	3	3,6

- Cắt túi mật và xử lý cuống Glisson: Có 29 (34,9%) BN cắt túi mật đơn thuần; Cắt túi mật kèm đặt sonde ống túi mật 31(37,3%). Tất cả BN cắt được cắt nhu mô trước khi cắt cuống gan (xử lý cuống gan trong nhu mô) và có 57 (68,7%) được xử lý cuống bằng khâu vắt cuống Glisson.

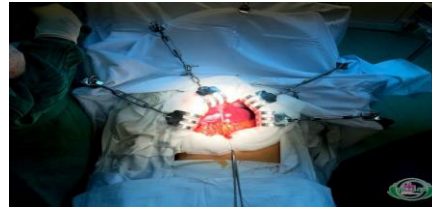
3.4. Kiểm tra cầm máu, rò mật, che phủ diện cắt

Bảng 3. Kiểm tra, cầm máu, che phủ

		Số BN	%
Kiểm tra rò mật	Gạc trắng	52	62,7
	Bơm chỉ thị màu	31	37,3
Che phủ diện cắt	Khâu 2 mép gan	3	3,6
	Phủ Surgicel	71	85,6
	Che mạc nối lớn	2	2,4
	Không che	7	8,4
Sinh thiết tức thì diện cắt		79	95,2

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đường mở bụng. Trong nghiên cứu này chúng tôi có: 39,8% đường mở bụng chữ J, 37,3% đường mở bụng dưới sườn 2 bên, 22,9% đường mở đường giữa trên dưới rốn.



Hình 5. Dàn kéo sườn

Chúng tôi thường sử dụng đường dưới sườn 2 bên hoặc đường chữ J bên phải trong loại hình thái cắt gan lớn. Ban đầu nghiên cứu, chúng tôi thường sử dụng đường mổ dưới sườn 2 bên (37,3%). Đây là đường mổ kinh điển cho phẫu thuật gan, ưu điểm: bộc lộ gan tối đa về 2 phía, giải phóng gan và kiểm soát cuống gan thuận lợi dễ dàng. Tuy nhiên đường mổ có nhược điểm là cắt ngang hai bó cơ thẳng bụng nên BN đau nhiều ảnh hưởng đến hô hấp sau mổ. Gần đây chúng tôi chuyển thành đường chữ J bên phải (39,8%). Ưu điểm của đường chữ J là lợi dụng được đường trắng giữa trên rốn và chỉ tổn thương 1 bó cơ thẳng bụng bên phải nên BN đỡ đau và ít thương tổn hơn. Trong các nghiên cứu đây, đường chữ J bên phải là đường mở bụng được sử dụng nhiều nhất: Torzilli (2010), Karamarkovic (2016), Ke (2020) ...100% BN được mở bụng theo đường chữ J [2],[3],[4].

4.2. Đánh giá ổ bụng. Chúng tôi tiến hành thăm dò ổ bụng một cách hệ thống từ trên vòm hoành xuống đến Douglas. Ngoài đánh giá tình trạng nhu mô gan thì việc thăm dò cuống gan và hạch cuống gan cũng rất quan trọng.

Ngày nay, sự hỗ trợ của siêu âm trong mổ được sử dụng để xác định vị trí u, liên quan của u đến các cấu trúc mạch máu lớn và xác định mặt phẳng cắt gan đồng thời tối ưu hóa giữa tính triệt căn của ung thư và sự tiết kiệm nhu mô gan lành cao nhất [2].

Các tác giả nước ngoài áp dụng rộng rãi sử dụng siêu âm trong mổ các trường hợp cắt gan điều trị UTTBG cho kết quả tốt [2],[3].

4.3. Giải phóng gan. Kết quả ở bảng 1 cho thấy: 48% BN được giải phóng gan phải một phần và 21,7% BN giải phóng gan phải toàn bộ; Có 7,2% BN được giải phóng gan sau khi kiểm soát cuống Glisson và cắt cơ hoành chủ động khi giải phóng gan chiếm 3,6%.

Giải phóng gan mà cụ thể là phần gan có tổn thương được Tôn Thất Tùng mô tả là bước khởi đầu cho phẫu thuật cắt gan [1]. Giải phóng gan giúp bộc lộ rõ hơn tổn thương. Mức độ, cách thức giải phóng gan khác nhau tùy theo hình thái cắt gan và vị trí tổn thương, có thể là giải phóng gan bên P, bên T hoặc cả hai bên. Đặc biệt, một

số trường hợp giải phóng gan bao gồm cả giải phóng gan một phần hoặc toàn bộ khỏi TM chủ dưới bằng cách khâu buộc và cắt các TM gan ngấn.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy: tai biến thường gặp nhất khi giải phóng gan là rách tuyến thượng thận phải (10,5%), vỡ u (2,4%), rách nhu mô gan (1,2%) và không có rách cơ hoành.

Kết quả nghiên cứu các tai biến khi giải phóng gan thấy thấp hơn thống kê của Vũ Văn Quang (2019) [5]. Nguyên nhân tổn thương tuyến thượng thận có thể do tuyến thượng thận phải dính chặt vào gan hoặc động tác nâng gan quá mức xử lý tổn thương rách tuyến thượng thận bằng cách khâu chỉ Prolen 4.0.

4.4. Cắt túi mật, nạo vét hạch cuống gan. Trong NC của chúng tôi 72,2% BN được cắt túi mật, trong đó có 34,9% BN được cắt túi mật đơn thuần và 37,3% BN cắt túi mật kèm luồn dẫn lưu qua ống cổ túi mật. Theo thống kê các nghiên cứu trong nước: Vũ Văn Quang 87,7% cắt túi mật; tác giả nước ngoài như Giordano, Mouly cắt túi mật cho 100% các trường hợp [5],[6].

Tất cả những trường hợp có u gan ở bên phải dây chằng liềm chúng tôi đều thực hiện cắt túi mật để thuận lợi cho việc phẫu tích kiểm soát cuống Glisson gan P, PT sau hoặc trước, ngoài ra cắt túi mật luồn dẫn lưu qua ống cổ túi mật (sonde Escart) còn để kiểm tra tình trạng rò mật sau cắt gan.

Trong nghiên cứu, chúng tôi phát hiện 44 trường hợp có hạch cuống gan (nhóm 8 và nhóm 12). Tất cả hạch đều được làm sinh thiết tức thì, kết quả có 3 BN di căn hạch. Cả 3 BN này chúng tôi đều tiến hành nạo vét hạch và tổ chức xung quanh cuống gan, tĩnh mạch cửa, động mạch lách.

Nạo vét hạch đối với UTTBG còn nhiều tranh cãi, đa số các tác giả không nạo vét hạch hoặc lấy hạch một cách thường quy mà chỉ thực hiện khi thấy hạch to và nghi ngờ có di căn về mặt đại thể [7].

4.5. Kiểm soát cuống Glisson ngoài gan theo phương pháp Takasaki. Trong NC của chúng tôi đối với các khối u nằm ở gan phải sẽ kiểm soát cuống Glisson phải sau đó sẽ kiểm soát cuống glisson PT trước và PT sau. Bước tiếp theo sẽ xác định chính xác vị trí khối u nằm ở HPT nào bằng cách đánh dấu theo diện thiếu máu ở bề mặt gan khi thắt tạm thời các cuống PT tương ứng. Đối với các khối u gan bên trái chúng tôi chỉ kiểm soát cuống Glisson trái. Trường hợp đặc biệt, khối u nằm ở giữa HPT 4-5-8 chúng tôi phải kiểm soát cả cuống Glisson phải, trái, PT trước và sau. Điều này lý giải cho việc số lượng kiểm soát cuống Glisson nhiều hơn

so với số BN cắt gan.

Ưu điểm của kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson ngoài gan theo Takasaki (phương pháp tiếp cận ngoài bao Glisson) là một kỹ thuật đơn giản và linh hoạt để tiến hành phẫu thuật cắt gan. Tuy nhiên, nhược điểm là thỉnh thoảng bị tổn thương ở các nhánh nhỏ từ cuống và không thể đạt được thành công nếu khối u xâm lấn hoặc dính vào cuống ở rốn gan. Trong trường hợp như vậy, có thể thay đổi từ phương pháp tiếp cận ngoài bao Glisson sang phương pháp tiếp cận trong trong bao hoặc phương pháp tiếp cận ngoài ngoài bao kết hợp xuyên nhu mô để phẫu thuật cắt gan [8].

4.6. Cắt nhu mô, xử lý cuống Glisson trong gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng

***Cắt nhu mô gan.** Tôn Thất Tùng đưa ra kỹ thuật phá vỡ nhu mô gan vào năm 1963 khi mô tả phương pháp cắt gan có kế hoạch của mình. Từ đó, phương pháp Tôn Thất Tùng đã trở thành kỹ thuật chuẩn của phẫu thuật cắt gan: nhu mô gan được ép và phá vỡ giữa các ngón tay của phẫu thuật viên hoặc clamp để bộc lộ mạch máu và ống mật. Kỹ thuật dễ học và thực hiện, hiệu quả kinh tế cao, phù hợp với hoàn cảnh của Việt Nam [1]. Dựa vào nguyên tắc cắt gan của Tôn Thất Tùng, chúng tôi xác định mặt phẳng cắt gan theo các mốc và rãnh đã được mô tả trong phân chia gan để thực hiện cắt gan kết hợp ranh giới giữa vùng đổi màu do thiếu máu nuôi dưỡng (sau khi kẹp cuống Glisson tương ứng phần gan dự định cắt bỏ) và bình thường trên bề mặt gan. Quá trình cắt nhu mô gan, các nhánh mạch nhỏ được cặp cắt và khâu buộc với chỉ silk, các cuống glisson nhỏ được khâu bằng chỉ prolene 4/0 hoặc vicryl 4/0.

***Xử lý cuống Glisson trong gan.** Khi cắt gan, đặc biệt đối với cắt gan P và T chúng tôi áp dụng triệt để nguyên tắc chính trong phương pháp cắt gan Tôn Thất Tùng đó là tìm và buộc các cuống cửa và tĩnh mạch gan ngay trong nhu mô gan sau khi đã cắt nhu mô. Trong nghiên cứu, tất cả BN đều được cắt nhu mô trước khi xử lý cuống, có 57 BN (68,7%) được khâu vết cuống và 31,3% BN được xử lý bằng cách khâu số 8 và buộc cuống.

Kiểm tra cầm máu, rò mật, che phủ diện cắt

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 phương pháp được sử dụng để kiểm tra rò mật là (1) Dùng gạc trắng ép vào bề mặt gan cắt 1-3 phút chiếm 62,7%; (2) Bơm nước muối sinh lý pha Xanh methylen qua ống sonde Escart chiếm 37,3%; Che phủ diện cắt: Khâu 2 mép gan 3,6%, Phủ Surgicel 85,6%, Che mạc nối lớn

2,4%. (Bảng 3). Theo thống kê của Vũ Văn Quang (2019) che phủ diện cắt bằng surgical chiếm tỷ cao nhất (87,8%), surgical kết hợp mạc nối lớn (7,5%), không che phủ diện cắt (4,7%).

Trong quá trình phẫu thuật và kiểm tra cầm máu chúng tôi tiến hành khâu buộc các mạch máu và đường mật bằng chỉ silk 4/0. Các điểm chảy máu nhỏ có thể tiến hành cầm máu bằng dao điện lưỡng cực hoặc khâu các mũi chữ X bằng chỉ silk hoặc Prolene 4/0. Cầm máu có hệ thống từ mép trên gan xuống mép dưới ra sau.

Kiểm tra rò mật là bước quan trọng trong phẫu thuật cắt gan. Quá trình này được chúng tôi thực hiện đối với những trường hợp không đặt dẫn lưu ống túi mật thì dùng một miếng gạc trắng phủ lên diện cắt gan 1-3 phút sau đó gỡ ra quan sát nếu xuất hiện điểm rò mật thì dùng chỉ Prolene 4/0 khâu gia cố bằng các mũi chữ X.

V. KẾT LUẬN

Ứng dụng kỹ thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị UTTBG là phương pháp an toàn, dễ thực hiện nếu nắm vững giải phẫu gan và kỹ thuật kiểm soát cuống gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tôn Thất Tùng** (1971), Cắt Gan. Hà Nội: Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật.
2. **G. Torzilli et al.**, "Anatomical segmental and subsegmental resection of the liver for hepatocellular carcinoma: A new approach by means of ultrasound-guided vessel compression," *Ann. Surg.*, 251(2), pp. 229–235.
3. **A. Karamarković, M. Bracanović, A. Bajec** (2016), "Glissonean Pedicle Transection Method using Vascular Stapling Devices in Anatomic Liver Resections: A Single Centre Experience," *Ann Surg Perioper Care*, 1(3), pp. 1–8.
4. **J. Ke, F. Liu, and Y. Liu** (2020), "Glissonean Pedicle Transection with Hepatic Vein Exclusion for Hepatocellular Carcinoma: A Comparative Study with the Pringle Maneuver," *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.*, 30(1), pp. 58–63.
5. **Vũ Văn Quang** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108," Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y.
6. **C. Mouly et al.** (2013), "Feasibility of the Glissonian approach during right hepatectomy," *Hpb*, 15(8), pp. 638–645.
7. **S. Kobayashi et al.** (2011), "Surgical treatment of lymph node metastases from hepatocellular carcinoma," *J. Hepatobiliary. Pancreat. Sci.*, 18(4), pp. 559–566.
8. **M. Yamamoto and S. Ariizumi** (2018), "Glissonean pedicle approach in liver surgery," *Ann. Gastroenterol. Surg.*, 2(2), pp. 124–128.

VAI TRÒ CỦA NHUỘM GRAM VÀ PHÂN TÍCH TẾ BÀO HỌC DỊCH RỬA PHẾ QUẢN PHẾ NANG TRONG CHẨN ĐOÁN SỚM VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY Ở TRẺ EM

Phùng Đăng Việt¹, Phan Hữu Phúc², Lê Thị Minh Hương³, Lê Thị Thu Trang⁴

TÓM TẮT

Viêm phổi liên quan thở máy là bệnh nhiễm khuẩn bệnh viện nặng hay gặp tại trung tâm hồi sức cấp cứu nhi khoa. Chẩn đoán VPTM sớm còn gặp khó khăn. Nội soi phế quản, lấy dịch rửa phế quản xác định căn nguyên gây bệnh có nhiều lợi ích cho bệnh nhân tại các khoa Hồi sức cấp cứu nhi. **Mục tiêu:** Đánh giá giá trị phân tích tế bào học và nhuộm gram dịch rửa phế quản phế nang trong chẩn đoán sớm VPTM ở trẻ em. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu có can

thiệp nội soi phế quản. Đối tượng: 93 bệnh nhi nghi ngờ viêm phổi liên quan thở máy theo tiêu chuẩn của Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ 2015, điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu nhi, từ năm 2016 đến 2018. Chẩn đoán xác định VPTM dựa vào kết quả cấy đếm vi khuẩn dịch rửa PQPN trên 10⁴ khuẩn lạc/ml. **Kết quả:** bệnh nhân nam chiếm đa số (63,4%), lứa tuổi mắc bệnh chủ yếu dưới 12 tháng tuổi (62%). Bệnh nhân thở máy trên 48 giờ có tăng nhu cầu oxy, có tăng tổn thương trên Xquang ngực, có ran phổi chiếm tỷ lệ cao trên 75%. Phân tích tế bào học trong dịch rửa PQPN có độ nhạy cao 93%, nhưng độ đặc hiệu trong chẩn đoán VPTM không cao, giá trị chẩn đoán âm tính cao. Nhuộm gram dịch rửa PQPN có độ nhạy rất cao (100%), độ đặc hiệu không cao trong chẩn đoán VPTM, giá trị chẩn đoán âm tính cao. **Kết luận:** Phân tích tế bào học và nhuộm soi dịch rửa PQPN có giá trị chẩn đoán sớm VPTM với độ nhạy cao, có giá trị loại trừ VPTM với giá trị chẩn đoán âm tính cao.

Từ khóa: Viêm phổi liên quan thở máy, dịch rửa phế quản phế nang, nhuộm Gram,

¹Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec

⁴Trung tâm Quốc tế, Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Đăng Việt

Email: vietphung@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 1.11.2022