

cứu của Ngô Hữu Thuận [5] với hạch di căn là 96,1% (trong đó hạch hai bên là 82,4%). Số lượng hạch ( $\geq 4$  hạch) là 94,1%, kích thước hạch ( $> 1-3$  cm) là 58,8%. Cấu trúc hạch lan tràn ra ngoài vỏ là 51%. Nghiên cứu của Raica VP và cộng sự [8] thấy trong 16 BN, một nửa số trường hợp được tác giả phân tích, các khối hạch có kích thước trên 2cm và mất ranh giới vỏ trong 87,5% trường hợp, còn lại 3 trường hợp hạch  $< 1$ cm, 5 trường hợp hạch 1-2cm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi áp dụng phân loại xâm lấn T theo AJCC 2017, trên hình ảnh CT scan thấy tất cả BN đều thuộc giai đoạn lâm sàng III và IV với 100% đối tượng. Nghiên cứu của Ngô Hữu Thuận [5] thấy rằng giai đoạn III chiếm tỉ lệ cao nhất 51,0%, giai đoạn IVA-IVB là 23,5% và giai đoạn IVC là 11,8%. Tác giả Phạm Thới Thuận và cộng sự [4] thì thấy có thể thấy giai đoạn lâm sàng III và IV chiếm tỉ lệ 80% đối tượng. Giai đoạn khối u trong mỗi nghiên cứu phụ thuộc vào đặc điểm của BN trong mỗi nghiên cứu, nhưng đều thấy các giai đoạn phát hiện UTVH thì giai đoạn muộn chiếm tỉ lệ cao hơn.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 BN UTVH tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2022 đến tháng 12/2023 cho thấy UTVH thường gặp từ 30 tuổi trở lên và các triệu chứng lâm sàng không điển hình, thường phát hiện ở giai đoạn muộn (III, IV), và hình ảnh CT scan đánh giá được tình trạng khối u, hạch và

xâm lấn cơ quan lân cận.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Observatory.** International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Available at: <https://gco.iarc.fr/> (Accessed on January 23, 2023).
2. **Ghoncheh M. Momenimovahed Z. Salehiniva H.** Epidemiology, Incidence and Mortality of Breast Cancer in Asia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(S3):47-52. doi:10.7314/apicp.2016.17.s3.47
3. **Tabuchi K. Nakayama M. Nishimura B. Havashi K. Hara A.** Early detection of nasopharyngeal carcinoma. *Int J Otolaryngol.* 2011;2011:638058. doi:10.1155/2011/638058.
4. **Phạm Thới Thuận và Huỳnh Quang Huy.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ung thư vòm trước xa tri tại bệnh viện ung bướu thành phố Cần Thơ năm 2022-2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2023, 64:153-159.
5. **Ngô Hữu Thuận, Hoàng Minh Lợi, Nguyễn Văn Đỉnh và cộng sự.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dây đầu thu trong chẩn đoán ung thư vòm họng. *Tạp chí Y Dược – Trường Đại học Y Dược Huế.* 2014, 22+23: 159-167.
6. **Amal Saleh N. Tequum Debebe, Avnaalem A. et al.** Nasopharyngeal Carcinoma: A Retrospective Study on Imaging Patterns at Tikur Anbessa Specialized Hospital. Addis Ababa. Ethiopia. *Ethiop J Health Sci.* 2020;30(2):215. doi:<http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v30.i2.9>
7. **Phùng Hưng, Hoàng Minh Lợi và Phan Trọng An.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính bệnh ung thư vòm họng. *Tạp chí Y Dược – Trường Đại học Y Dược Huế.* 2014, 2: 70-76.
8. **Raica VP, Bratu AM, Zaharia C, Sălcianu IA.** CT Evaluation of Squamous Cell Carcinoma of the Nasopharynx. *Curr Health Sci J.* 2019;45(1):79-86. doi:10.12865/CHSJ.45.01.11

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT GAN CÓ KẸP CUỖNG GAN TOÀN BỘ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2019-2023

Bùi Văn Quyết<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Nghĩa<sup>2</sup>, Trần Bảo Long<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan có kẹp cuống gan toàn bộ điều trị UTBMTBG. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả hồi cứu trên 47 bệnh nhân UTBMTBG được chỉ định phẫu thuật cắt gan có kẹp

cuống gan toàn bộ tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2019 – 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $53,3 \pm 11,2$  tuổi, nam giới chiếm 91,5%. Triệu chứng đau bụng phổ biến nhất (36,2%). HbsAg (+) là 87,2%, Anti HCV (+) là 21,3%. Chỉ số AFP trung bình là  $384,38 \pm 756,1$  ng/ml. Phẫu thuật cắt gan nhỏ là chủ yếu (59,6%), cắt gan lớn (40,4%). Thời gian phẫu thuật trung bình là  $277,7 \pm 58,1$  phút. Sau phẫu thuật, 14,9% bệnh nhân có biến chứng, tràn dịch màng phổi chiếm 6,4%, cổ trướng 4,3%, nhiễm khuẩn vết mổ 2,1% và suy gan sau mổ 2,1%. Sau 6 tháng phẫu thuật, không có bệnh nhân nào tái phát ung thư gan, không có bệnh nhân nào di căn xa. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan có kẹp cuống Glisson toàn bộ là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị UTBMTBG. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, kỹ thuật kẹp cuống Glisson.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Quyết

Email: quyetytb2010@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

## SUMMARY

# RESULTS OF GLISSONEAN PEDICLES APPROACH LIVER RESECTION FOR THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT VIET DUC HOSPITAL FROM 2019 - 2023

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of the study group of patients and evaluate the outcomes of hepatectomy with glissonean pedicles approach for hepatocellular carcinoma (HCC). **Subjects and methods:** This retrospective descriptive study involved 47 HCC patients who underwent hepatectomy with glissonean pedicles approach at Viet Duc Hospital from January 2019 to December 2023. **Results:** The average age of the patients was  $53.3 \pm 11.2$  years, with 91.5% being male. The most common symptom was abdominal pain (36.2%). HbsAg (+) was found in 87.2% of patients, and Anti-HCV (+) in 21.3%. The mean AFP level was  $384.38 \pm 756.1$  ng/ml. The main surgical procedures performed were minor hepatectomy (59.6%) and major hepatectomy (40.4%). The mean surgical time was  $277.7 \pm 58.1$  minutes. Postoperatively, 14.9% of patients experienced complications, with pleural effusion accounting for 6.4%, ascites 4.3%, surgical site infection 2.1%, and postoperative liver failure 2.1%. Six months after surgery, no patients had a recurrence of liver cancer, and no distant metastasis was observed. **Conclusion:** Hepatocellular carcinoma surgery using Glissonean pedicles approach is safe and effective technique

**Keywords:** Hepatocellular carcinoma, Glissonean pedicles approach.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tế biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh ác tính phổ biến thứ sáu và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thứ ba trên thế giới<sup>1</sup>. Hầu hết các trường hợp ung thư gan (gần 80%) phát triển trên nền xơ gan do viêm gan virus B hoặc C. Hiện nay phẫu thuật cắt gan được xem là phương pháp điều trị UTBMTBG triệt để mang lại hiệu quả lâu dài tốt nhất so với các phương pháp khác như nút mạch, hoá chất.

Ngày nay, các kỹ thuật phẫu thuật cắt gan ngày càng phát triển, đặc biệt là kỹ thuật cắt gan có kẹp cuống gan toàn bộ hay còn gọi là thủ thuật Pringle. Đây là kỹ thuật đơn giản, dễ áp dụng giúp kiểm soát cuống gan có chọn lọc, cắt gan theo giải phẫu an toàn, hạn chế thiếu máu nhu mô phần gan còn lại. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn tồn tại nhược điểm là gây thiếu máu vùng gan lành gây suy gan sau mổ.

Tại bệnh viện Việt Đức phương pháp phẫu thuật cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan có kiểm soát cuống toàn bộ đã được thực hiện từ rất lâu và vẫn đang được nhiều phẫu thuật viên áp dụng vì là phương pháp cắt gan an toàn, hiệu

quả, dễ thực hiện nhất là những cơ sở tuyến tỉnh. Tuy nhiên chưa nhiều nghiên cứu đánh giá về các biến chứng gặp phải trong, sau phẫu thuật cũng như sau khi ra viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết quả phẫu thuật cắt gan có kẹp cuống gan toàn bộ điều trị UTBMTBG trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 47 bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG tại bệnh viện Việt Đức, được thực hiện phẫu thuật cắt gan có kẹp cuống gan toàn bộ trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán UTBMTBG trên giải phẫu bệnh, được chỉ định phẫu thuật cắt gan có kiểm soát toàn bộ cuống Glisson và có thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, khám lại đầy đủ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN thiếu thông tin liên lạc, không được theo dõi sau phẫu thuật.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Số liệu được lấy từ hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu bao gồm thông tin hành chính, tiền sử, bệnh sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật, theo dõi và điều trị sau mổ.

**2.3. Biến số nghiên cứu.** Bao gồm đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, tiền sử, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: kích thước, vị trí, số lượng khối u, các xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh; kết quả trong mổ: loại cắt gan, thời gian phẫu thuật, thời gian cầm máu, lượng máu mất trong mổ; kết quả sau gần sau phẫu thuật: xét nghiệm chức năng gan (GOT, GPT), albumin, bilirubin toàn phần, tỷ lệ prothrombin ngày 1, 3, 5 sau phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật; kết quả xa: tỷ lệ tái phát, di căn sau 6 tháng phẫu thuật.

### 2.3. Quy trình phẫu thuật

**\* Tư thế BN và PTV:** BN nằm ngửa, 2 chân khép, 2 tay dạng vuông góc, PTV đứng bên phải, người phụ mổ 1 đứng bên trái, người phụ mổ 2 đứng cùng bên PTV.

#### \* Các bước phẫu thuật:

Bước 1: Đường mở bụng:

Mở bụng theo đường chữ J, đường Mercedes (cho các trường hợp u kích thước lớn) và đường thẳng giữa trên rốn (cho các khối u gan trái).

Bước 2: Kiểm tra ổ bụng

Đánh giá tình trạng ổ bụng, đặc điểm đại thể tổn thương khối u (vị trí, số lượng), xác định

mức độ xơ hóa, hạch cuống gan. Mở mạc nối nhỏ để kiểm tra thùy đuôi và quan sát nhóm hạch tạng.

Bước 3: Kiểm soát toàn bộ cuống Glisson khi cắt gan

Có thể cắt túi mật hoặc không, tùy vào vị trí u, khi cắt túi mật có thể đặt dẫn lưu đường mật qua ống cổ túi mật hoặc không.

Cặp cuống Glisson toàn bộ: Sử dụng cách cặp ngắt quãng - cặp cuống trong 15-20 phút rồi mở cặp trong 5 phút trước khi cặp tiếp lần sau. Sau khi kẹp cuống, đánh dấu diện cắt theo đường thiếu máu,

Bước 5: Cắt nhu mô gan và xử lý cuống Glisson và TM gan. Cắt nhu mô gan được bằng dao CUSA và/hoặc dao siêu âm theo đường thiếu máu. Các cuống mạch và đường mật được clip hoặc khâu. Cầm máu diện cắt bằng dao Bipolar.

Bước 6: Sau phẫu thuật, lau rửa ổ bụng, dẫn lưu tại diện cắt, đóng bụng theo lớp giải phẫu.

**2.4. Xử lý số liệu.** Tất cả số liệu được xử lý bằng phần mềm spss 20.0. Dữ liệu được mô tả dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, bảng phân phối tần số, tỷ lệ. Kiểm định t-test, chi-square để kiểm định, so sánh các biến.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng thông qua đề cương trường Đại học Y Hà Nội và sự đồng ý của BGĐ Bệnh viện Việt Đức. Người tham gia nghiên cứu biết được mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm		Giá trị
<b>Tuổi trung bình (tuổi)</b>		53,3 $\pm$ 11,2 (31-74)
<b>Giới tính (n,%)</b>	Nam	91,5%
	Nữ	8,5%
<b>Tiền sử (%)</b>		
Viêm gan B		72,3
Phẫu thuật cắt gan		12,7
U gan		17
Ung thư gan		8,51
<b>Triệu chứng (n, %)</b>		
Đau bụng		17 (36,2)
Tức hạ sườn phải		7 (14,9)
Sờ thấy khối		1 (2,1)
<b>HbsAg (+) (n, %)</b>		41 (87,2%)
<b>AFP trung bình (ng/ml)</b>		384,38 $\pm$ 756,1
<b>Anti HCV (+) (n, %)</b>		10 (21,3%)
<b>Đánh giá chức năng gan</b>		Child-Pugh A: 100%
<b>Kích thước khối u</b>		
< 3 cm		16 (34,04)

3 – 5 cm	17 (36,17)
> 5 cm	20 (42,55)
<b>Giai đoạn bệnh theo TNM (n,%)</b>	
I	1 (2,13)
II	32 (68,09)
IIIA	14 (29,78)

**Nhận xét:** Bảng 1 cho kết quả độ tuổi trung bình là 53,3  $\pm$  11,2 (31-74) tuổi, nam giới chiếm đa số (91,5%). Tiền sử viêm gan B chiếm tỷ lệ cao nhất (72,3%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng, tức hạ sườn phải, sờ thấy khối với tỷ lệ lần lượt là 36,2%, 14,9% và 21%. Tỷ lệ mắc viêm gan B là 87,2%, viêm gan C là 21,3%; AFP trung bình: 384,38  $\pm$  756,1 (ng/ml); 100% bệnh nhân Child-Pugh A; kích thước khối u chủ yếu >5cm (42,55%); 68,09% ở giai đoạn II theo TNM.

#### 3.2. Kết quả phẫu thuật

##### 3.2.1. Loại cắt gan

**Bảng 2. Loại cắt gan**

	Loại cắt gan	Số lượng (%)
<b>Cắt gan lớn</b>	Gan phải	10 (21,28)
	Gan trái	7 (14,89)
	Cắt gan trung tâm	2 (4,26)
	<b>Tổng</b>	<b>19 (40,4)</b>
<b>Cắt gan nhỏ</b>	Cắt PT sau	11 (23,4)
	Cắt PT trước	7 (14,89)
	Cắt thùy trái	0 (0,0)
	Cắt 1 HPT	2 (4,26)
	Cắt 2 HPT (HPT 5-6, HPT 7-8)	8 (17,02)
	<b>Tổng</b>	<b>28 (59,6)</b>

**Nhận xét:** Cắt gan nhỏ chiếm tỷ lệ cao hơn (59,6%) so với cắt gan lớn, trong đó, cắt PT sau và cắt 2 HPT chiếm tỷ lệ nhiều hơn (23,4% và 17,02%).

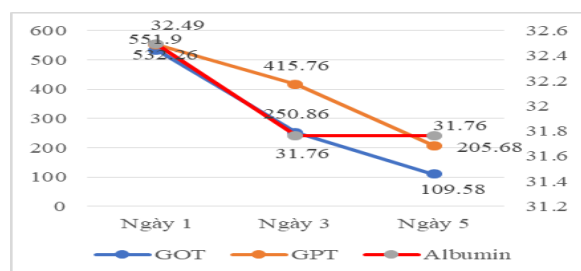
##### 3.2.2. Kết quả trong mổ

**Bảng 3. Kết quả trong mổ**

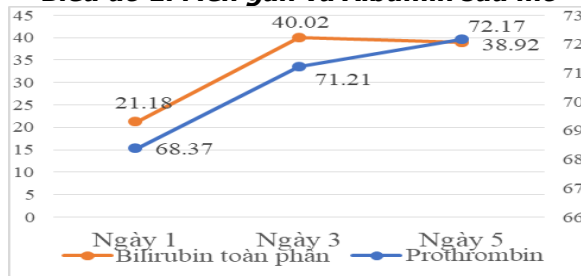
Chỉ số	Giá trị
Kiểm soát cuống Glisson thành công (n, %)	47 (100)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	277,7 $\pm$ 58,1
Số BN truyền máu (n, %)	7 (15)
Lượng máu truyền (ml)	739,2 $\pm$ 371,1
Thời gian cắt nhu mô trung bình (phút)	32,7 $\pm$ 16,6

**Nhận xét:** Trong phẫu thuật, 100% BN kiểm soát cuống Glisson thành công; có 7 BN phải truyền máu với lượng máu trung bình là 739,2  $\pm$  371,1ml; thời gian phẫu thuật và cắt nhu mô gan trung bình lần lượt là 277,7  $\pm$  58,1 phút và 32,7  $\pm$  16,6 phút.

##### 3.2.3. Kết quả sau mổ



**Biểu đồ 1. Men gan và Albumin sau mổ**



**Biểu đồ 2: Bilirubin toàn phần và Prothrombin sau mổ**

**Nhận xét:** Các chỉ số men gan (GOT, GPT) và Albumin cao ở ngày thứ nhất sau mổ và giảm dần, nằm trong giới hạn bình thường vào ngày thứ 5 sau mổ. Các chỉ số Bilirubin toàn phần và Prothrombin tăng dần từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 5 sau mổ.

**Bảng 4. Biến chứng sau mổ**

Biến chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Cổ trướng	2	4,3
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	2,1
Tràn dịch màng phổi	3	6,4
Rò mật	0	0
Suy gan sau mổ	1	2,1
Tử vong	0	0

**Nhận xét:** Có 7 bệnh nhân gặp biến chứng sau mổ chiếm 14,9%. Trong đó, tràn dịch màng phổi là biến chứng phổ biến nhất (6,4%).

### 3.2.4. Kết quả sau 6 tháng phẫu thuật.

Sau 6 tháng phẫu thuật, không có bệnh nhân nào tái phát ung thư gan, không có bệnh nhân nào di căn xa.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, độ tuổi trung bình là 53 tuổi (từ 31 – 74 tuổi), nam giới chiếm tỷ phần phẫu thuật chủ yếu (hơn 90%), các triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng (chiếm 36,2%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Huy Toàn (2023) độ tuổi trung bình 53,23 ± 10,47 tuổi, nam giới 68,7% và triệu chứng đau bụng chiếm 59%<sup>2</sup>, tác giả Trịnh Quốc Đạt (2019) độ tuổi trung bình là 50,7 ± 12,5 tuổi, nam giới

chiếm 83,8% và 58,8% bệnh nhân có đau bụng vùng gan<sup>3</sup>, các tác giả Nguyễn Đức Thuận (2019)<sup>4</sup>, Young In Yoon (2020)<sup>5</sup> cũng cho kết quả tương tự. Theo kết quả nhiều nghiên cứu, độ tuổi trung niên và cao tuổi, nam giới có tỷ lệ mắc ung thư gan cao hơn do thời gian dài phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ như viêm gan B, viêm gan C, uống rượu bia, tiếp xúc với chất độc từ môi trường.

Thống kê cho thấy, có 87,2% bệnh nhân viêm gan B, 21,3% viêm gan C, không có trường hợp nào đồng nhiễm cả 2 loại viêm gan. Có thể thấy, viêm gan B, C là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến các bệnh lý về gan như xơ gan, ung thư gan.

Alphafetoprotein (AFP) là chất chỉ điểm quan trọng trong chẩn đoán UTBMTBG. Chỉ số AFP trung bình là 384,38 ± 756,1 ng/ml, đặc biệt có 7 bệnh nhân có nồng độ AFP > 1000 ng/ml chiếm 14,9%. Đây là mức AFP rất cao, thường coi là dấu hiệu của khối u ác tính, đặc biệt trong các trường hợp có tổn thương gan do viêm gan B hoặc C.

Kích thước khối u > 5cm nhiều nhất với tỷ lệ là 42,55%. Kết quả tương tự nghiên cứu của Trần Quốc Đạt với 58,8% trường hợp u > 5cm. Kích thước khối u là yếu tố nguy cơ quan trọng phản ánh khả năng tái phát sau phẫu thuật cắt gan. Tác giả Bin-Yong Liang và cộng sự (2021) cho thấy mối liên quan giữa kích thước khối u và thời gian sống sau phẫu thuật, những bệnh nhân có khối u ≤ 5cm có tỷ lệ sống không tái phát ung thư và thời gian sống sau 5 năm là 38,3% và 61,5% cao hơn nhóm có kích thước khối u > 5cm là 25,1% và 59,9%<sup>6</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phân loại giai đoạn UTBMTBG theo TNM, đây là phân loại được dự đoán có tiên lượng tốt hơn trong thực hành lâm sàng, đặc biệt trong những trường hợp có khả năng cắt bỏ hoặc ghép gan. Trong đó, phần lớn các bệnh nhân (68,09%) đang ở giai đoạn II theo phân loại TNM. Phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG nên được chỉ định ở các bệnh nhân có phân loại TNM giai đoạn I và II để đạt hiệu quả cao nhất, những bệnh nhân phân loại TNM giai đoạn III chỉ nên được chỉ định tương đối.

### 4.2. Kết quả phẫu thuật

**4.2.1. Loại phẫu thuật.** Việc lựa chọn loại phẫu thuật phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân, đặc điểm vị trí, kích thước khối u và chức năng gan. Trong nghiên cứu này, loại cắt gan nhỏ được thực hiện chủ yếu ở 28 bệnh nhân chiếm 59,6%, trong đó nhiều nhất là cắt PT sau (23,4%), cắt 2 HPT (17,02%). Trong cắt gan lớn (40,4%), cắt gan phải được thực hiện chủ yếu (21,28%).

Nghiên cứu của Lê Văn Thành (2021), loại cắt gan nhỏ cũng được áp dụng chủ yếu (chiếm 69,2%), trong đó cắt 1 HPT nhiều nhất (34,6%)<sup>7</sup>. Tác giả Yue Hu và cộng sự (2019) thực hiện cắt gan trái là chủ yếu (39%), cắt HPT là 30% và cắt gan phải PT trước là 31%<sup>8</sup>. Ngày nay, với ứng dụng phẫu thuật nội soi trong cắt gan có thể áp dụng trong cả những HPT khó như, HPT 1, 7 và phân thùy sau<sup>7,8</sup>.

**4.2.2. Kết quả trong mổ.** Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là 277 phút và thời gian cắt nhu mô trung bình là 32,7 phút. Không có sự chênh lệch nhiều giữa thời gian cắt gan lớn và nhỏ. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu này dài hơn các tác giả Lương Công Chánh (2015) và Trần Công Duy Long (2016) có thời gian phẫu thuật trung bình lần lượt là:  $108,4 \pm 34,2$  phút và  $120 \pm 58,6$  phút là do áp dụng kỹ thuật kiểm soát toàn bộ cuống Glisson, diện cắt rộng, đòi hỏi chính xác cao nên có thời gian phẫu thuật dài hơn<sup>9,10</sup>.

Lượng máu mất trung bình: Có 7 BN phải truyền máu với lượng máu trung bình là  $739,2 \pm 371,1$  ml, trong đó, 4 bệnh nhân truyền 1 đơn vị máu, 2 bệnh nhân truyền 2 đơn vị và 1 bệnh nhân truyền từ 3 đơn vị máu trở lên. Tình trạng mất máu thường xảy ra trong quá trình giải phóng gan, phẫu tích kiểm soát cuống và cắt nhu mô gan, trong đó cắt gan vùng trung tâm thường mất nhiều máu nhất, ít nhất là vùng gan trái<sup>7</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng phương pháp kiểm soát toàn bộ cuống Glisson giúp hạn chế lượng máu mất trong mổ do không chế tốt dòng máu vào gan, từ đó giảm tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu. Tuy nhiên, vẫn có 1 bệnh nhân gặp phải tình trạng mất máu nặng, phải truyền 1500ml máu trong phẫu thuật.

**4.2.3. Kết quả sau mổ.** Sau phẫu thuật, các chỉ số men gan (GOT, GPT) và Albumin đã trở lại bình thường vào ngày thứ 3 và thứ 5, các chỉ số bilirubin toàn phần, prothrombin cũng đạt mức độ bình thường vào ngày thứ 5. Cụ thể giá trị các xét nghiệm vào ngày thứ 5 sau mổ: GOT 109,58 U/L, GPT 205,68 U/L, Albumin 31,76 g/l, bilirubin toàn phần 38,92  $\mu$ mol/l và prothrombin 72,17%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Văn Thành (2021) xét nghiệm trung bình ngày thứ 5 sau mổ: GOT 174,9U/I, GPT 63,5U/I, prothrombin 82,8%, bilirubin toàn phần 19  $\mu$ mol/l. Các kết quả trên phản ánh thành công của ca phẫu thuật.

Sau phẫu thuật, Có 7 bệnh nhân gặp các biến chứng sau phẫu thuật, trong đó nhiều nhất là tràn dịch màng phổi chiếm 6,4%, tiếp theo là cổ trướng 4,3%, nhiễm khuẩn vết mổ 2,1% và

suy gan sau mổ (2,1%). Kết quả này tương tự Lê Văn Thành (2021) biến chứng tràn dịch màng phổi (TDMP): 3,8%, rò mật: 3,8%, nhiễm khuẩn vết mổ: 1,9%, suy gan cấp: 1,9%<sup>7</sup>. Nghiên cứu tương tự thống kê Trần Công Duy Long (2016) tỷ lệ gặp biến chứng 5% bao gồm: Cổ trướng (1,54%), rò mật (0,77%), TDMP (1,15%)<sup>10</sup>. Tràn dịch màng phổi có thể xảy ra sau khi cắt gan và thường là kết quả của chấn thương cơ hoành, tắc nghẽn hệ thống tĩnh mạch hoặc bạch huyết vùng ngực. Đây không phải biến chứng nghiêm trọng nhưng có thể gây khó thở do xẹp phổi, viêm phổi và kéo dài thời gian hồi phục sau mổ. Tỷ lệ tràn dịch màng phổi sau mổ cắt gan từ 9,6% - 47%. Ngoài ra, một số biến chứng khác có thể gặp phải bao gồm cổ trướng, chảy máu sau mổ (1-8%), áp xe dưới cơ hoành (khoảng 7%) và biến chứng nguy hiểm nhất là suy gan sau mổ có thể dẫn đến tử vong.

Sau 6 tháng phẫu thuật, không có bệnh nhân nào tái phát ung thư gan, không có bệnh nhân nào di căn xa.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu phẫu thuật cắt gan có kẹp cuống Glisson điều trị UTBMTBG trên 47 bệnh nhân diễn ra thành công. Kết quả cho thấy, đây là một phương pháp hiệu quả giúp giảm lượng máu trong phẫu thuật, giảm các biến chứng so với phương pháp mổ mở truyền thống. Sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều cải thiện rõ rệt về chức năng gan và không có dấu hiệu tái phát trong 6 tháng theo dõi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global cancer statistics - PubMed.** Accessed October 8, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21296855/>
2. **Nguyễn Huy Toàn** (2023). Nghiên cứu ứng dụng cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Luận án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y dược Hà Nội.
3. **Trịnh Quốc Đạt** (2019). Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát chọn lọc cuống Glisson trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan. Luận án Tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Đức Thuận** (2019). Nghiên cứu ứng dụng phẫu tích cuống Glisson theo kỹ thuật Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
5. **Yoon YI, Kim KH, Cho HD, et al.** Long-term perioperative outcomes of pure laparoscopic liver resection versus open liver resection for hepatocellular carcinoma: a retrospective study. *Surg Endosc.* 2020;34(2):796-805. doi:10.1007/s00464-019-06831-w
6. **Liang BY, Gu J, Xiong M, et al.** Tumor size may influence the prognosis of solitary

- hepatocellular carcinoma patients with cirrhosis and without macrovascular invasion after hepatectomy. *Sci Rep.* 2021;11(1):16343. doi:10.1038/s41598-021-95835-5
7. **Thành LV, An TT, Quang VV, Tuấn VN, Kha LM, Hùng LT.** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt gan ứng dụng kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. *J 108 - Clin Med Pharmacy.* 2021;16(4). doi:10.52389/ydls.v16i4.779
  8. **Hu Y, Shi J, Wang S, et al.** Laennec's approach for laparoscopic anatomic hepatectomy based on Laennec's capsule. *BMC Gastroenterol.* 2019;19:194. doi:10.1186/s12876-019-1107-9
  9. **Lương Công Chánh** (2015). Nghiên cứu điều trị ung thư gan bằng phẫu thuật nội soi. Luận án tiến sĩ Y học - Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108.
  10. **Trần Công Duy Long** (2016). Đánh giá vai trò phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan. Luận án tiến sĩ Y học - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở THÀNH BỤNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Phan<sup>1</sup>, Trần Thị Thu Hạnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ở bệnh nhân lạc nội mạc tử cung ở thành bụng tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 94 bệnh nhân được chẩn đoán lạc nội mạc tử cung ở thành bụng đã được phẫu thuật lấy khối tổn thương tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. Các biến số chính được ghi nhận bao gồm: phương pháp phẫu thuật, đường vào ổ bụng, biến chứng trong và sau mổ, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện và tái phát u. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 33,3; 100% bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở. Không ghi nhận trường hợp biến chứng nhiễm trùng hoặc chảy máu đáng kể nào sau phẫu thuật. Cắt u chiếm đa số với 96,8% trường hợp. 18,1% có khó khăn trong phẫu thuật; 12,8% trường hợp có đặt dẫn lưu sau mổ; 9,6% trường hợp sử dụng vật liệu cầm máu. Kích thước lớn hơn, nhiều khối u hơn, đường mổ mới và vị trí u sâu hơn có liên quan đến phẫu thuật khó khăn hơn. Thời gian phẫu thuật trung bình là 43 ± 24 phút (20-170), kích thước u lớn, số u nhiều hơn và đáy u sâu hơn có liên quan đến thời gian mổ dài hơn. Thời gian nằm viện trung bình là 3.6 ± 0.9 ngày, khó khăn trong PT làm tăng thời gian nằm viện sau PT của bệnh nhân. 16,0% bệnh nhân có tái phát u sau trung bình 7,1 tháng. Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tái phát u và các yếu tố khác. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt khối lạc nội mạc tử cung ở thành bụng là một phương pháp điều trị hiệu quả với tỷ lệ tái phát thấp và không ghi nhận biến chứng đáng kể sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Lạc nội mạc tử cung ở thành bụng, Phẫu thuật, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

### SUMMARY

#### RESULTS OF SURGERY FOR ABDOMINAL WALL ENDOMETRIOSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** To evaluate the results of surgical treatment in patients with abdominal wall endometriosis at the National hospital of obstetrics and gynecology. **Method:** A Case-series reports in 94 patients diagnosed with abdominal wall endometriosis who underwent lesion removal surgery at the National hospital of obstetrics and gynecology from January 2021 to December 2023. The main variables recorded included: surgical method, abdominal access, intraoperative and postoperative complications, surgical time, hospital stay, and lesion recurrence. **Results:** The mean age of the study group was 33.3 years; 100% of patients underwent open surgery. No significant infectious or bleeding complications were recorded after surgery. Lesion resection + abdominal wall fascia reconstruction accounted for the majority of cases with 96.8% of cases. 18.1% had difficulty during surgery; 12.8% of cases had postoperative drainage; 9.6% of cases used hemostatic materials. Larger size, more tumors, new incisions and deeper lesion locations were associated with more difficult surgery. Mean surgical time was 43 ± 24 minutes (20-170); Large size and more lesions, and deeper lesion bases were associated with longer surgical time. Mean hospital stay was 3.6 ± 0.9 days, difficulty in surgery increased the patient's hospital stay after surgery. 16.0% of patients had lesion recurrence after an average of 7.1 months. No statistically significant association was found between tumor recurrence and other factors. **Conclusion:** Surgical excision of abdominal wall endometriosis is an effective treatment with a low recurrence rate and no significant postoperative complications. **Keywords:** Abdominal wall endometriosis, Surgery, National hospital of obstetrics and gynecology.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) là bệnh lý phụ khoa mãn tính, phức tạp, dễ tái phát, trong đó

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Nam Định

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phan

Email: bacsidakhoa.0915@gmail.com@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024