

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT GAN CÓ NÚT ĐỘNG MẠCH GAN TRƯỚC MỔ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Hoàng¹, Trịnh Hồng Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) được nút động mạch gan trước mổ. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả can thiệp không đối chứng 46 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan có nút động mạch gan trước mổ điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $48,8 \pm 13$, giới nam chiếm 80.4%, nữ 19.6%, tỉ lệ viêm gan B, C chiếm 91.3%. Bệnh nhân chủ yếu phát hiện bệnh tình cờ chiếm 47.8%, tỉ lệ BN xơ gan Child-pugh A chiếm 89.1%, có 1 trường hợp xơ gan Child-Pugh B chiếm 2.2%. Tỉ lệ BN được nút động mạch gan 1 lần trước mổ có 25 BN chiếm 54.3% và 21 BN được nút nhiều hơn 1 lần chiếm 45.7%, tỉ lệ khối u hoại tử không hoàn toàn (dưới 100%) có 36 trường hợp chiếm 78.3% và 10 trường hợp khối u hoại tử hoàn toàn chiếm 21.7%. Tỉ lệ cắt gan lớn chiếm 60.9%, tỉ lệ cắt gan nhỏ là 39.1%. Biến chứng chủ yếu sau mổ là tràn dịch màng phổi chiếm 14.3%, tỉ lệ tái phát sau mổ là 26.1%, trong số 7 trường hợp tử vong tính đến khi kết thúc nghiên cứu có 6 trường hợp tử vong do tái phát sau mổ. Thời gian sống thêm trung bình sau mổ là $44 \pm 2,75$ tháng. **Kết luận:** Nút mạch trước mổ phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phương pháp an toàn, tỉ lệ biến chứng thấp giúp kéo dài thời gian sống thêm và giảm tỉ lệ tái phát sau mổ.

Từ khóa: nút động mạch gan trước mổ, cắt gan.

SUMMARY

RESULT OF HEPATECTOMY WITH PREOPERATIVE TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics and surgical results of patients with hepatocellular carcinoma (HCC) who underwent preoperative hepatic artery embolization. **Method:** A clinical intervention study was conducted on 46 with hepatocellular carcinoma (HCC) who underwent preoperative hepatic artery embolization. **Results:** The average age of the study group was $48,8 \pm 13$ years, with a gender distribution of 80.4% male and 19.6% female. The majority of patients were discovered by chance, accounting for 47.8%, the proportion of patients with Child-Pugh A cirrhosis accounted for 89.1%, and there was 1 case of Child-

Pugh B cirrhosis, accounting for 2.2%. The patients who had hepatic artery embolization once before surgery was 25 patients, accounting for 54.3%, and 21 patients had embolization more than once, accounting for 45.7%. The rate of incomplete tumor necrosis (less than 100%) was 36 cases, accounting for 78.3%, and 10 cases of complete tumor necrosis, accounting for 21.7%. The major liver resections was 60.9%, and the minor liver resections was 39.1%. The main postoperative complication was pleural effusion, accounting for 14.3%, the postoperative recurrence rate was 26.1%. There were 7 deaths at the end of the study, 6 deaths were due to postoperative recurrence. The average survival time after surgery was 44 ± 2.75 months. **Conclusion:** Preoperative embolization of hepatic artery during liver resection for hepatocellular carcinoma is a safe method with low complication rate, helping to prolong liver survival and reduce postoperative recurrence rate.

Keywords: preoperative hepatic artery embolization, hepatectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC-Hepatocellular Carcinoma) là một trong các loại ung thư gan nguyên phát hay gặp nhất, chiếm 90% tổng số ung thư gan và là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 3 trong tổng số nguyên nhân tử vong do ung thư.¹ Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị cơ bản cho UTTBG. Tuy nhiên, tỷ lệ cắt bỏ trong UTTBG chỉ chiếm khoảng 30%. Trong đó cắt gan lớn thường gặp, chiếm tỷ lệ 76% các trường hợp cắt gan do UTTBG.² Có nhiều phương pháp khác nhau điều trị UTTBG như: tiêm cồn, đốt sóng cao tần, nút mạch hóa chất hoặc phẫu thuật. Trong điều trị khối u gan các phương pháp này có thể được phối hợp với nhau tùy thuộc giai đoạn bệnh, tính chất, đặc điểm tổn thương của khối u. Việc phối hợp các phương pháp điều trị này nhằm tăng tỉ lệ điều trị triệt căn từ đó làm tăng thời gian sống và giảm tỉ lệ tái phát sau mổ. Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng có đến 50-60% các trường hợp UTTBG được phẫu thuật tái phát trong vòng 2 năm đầu sau mổ, đặc biệt ở những trường hợp khối u gan lớn có kích thước trên 5cm do thường có nhân vệ tinh và xâm lấn các mạch máu trong gan.³

Nút động mạch (ĐM) hóa chất trước sau đó phẫu thuật trong trường hợp thể tích gan còn lại đủ hoặc phối hợp nút ĐM hóa chất với nút tĩnh mạch cửa (TMC) trong trường hợp thể tích gan còn lại không đủ, sau đó phẫu thuật làm tăng tỉ

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2024

Ngày duyệt bài: 23.12.2024

lệ bệnh nhân được phẫu thuật, giảm tỉ lệ tái phát và kéo dài thời gian sống sau mổ. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tế bào gan được nút động mạch gan trước mổ cắt gan.

2. Kết quả cắt gan được nút động mạch gan trước mổ trong điều trị ung thư tế bào gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân (BN) có đủ các tiêu chuẩn sau: (1) có kết quả sinh thiết khẳng định ung thư tế bào gan nguyên phát; (2) có đủ tiêu chuẩn lâm sàng + cận lâm sàng chẩn đoán ung thư gan nguyên phát; (3) BN được nút ĐMG trước mổ, chức năng gan trước mổ trong giới hạn bình thường hoặc xơ gan Child-Pugh A đối với cắt gan lớn và Child-Pugh B với trường hợp cắt gan nhỏ. Đối với trường hợp cắt gan lớn thể tích gan còn lại phải đủ để chỉ định cắt gan.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả can thiệp không đối chứng, sử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Với thời gian theo dõi trung bình $19,7 \pm 12,2$ tháng (3-52 tháng) có 46 trường hợp ung thư tế bào gan thuộc đối tượng nghiên cứu, trong đó có 31 BN được nút ĐMG, 12 BN được nút ĐMG phối hợp với nút TMC, 3BN được nút ĐMG phối hợp với đốt sóng cao tần trước mổ.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tuổi	48,8±13 tuổi	
Giới	Nam 80.4%; Nữ 19.6%	
Tiền sử	Viêm gan B, C	40 BN (91.3%)
	Nghiện rượu	12 BN (26.1%)
Lí do phát hiện bệnh	Đau bụng	16 BN (34.8%)
	Gầy sút cân	8 BN (17.4%)
	Tình cờ	22 BN (47.8%)
Mức độ xơ gan trước mổ	Child-pugh A	41 BN (89.1%)
	Child-pugh B	1 BN (2.2%)

Nhận xét: Tỉ lệ viêm gan B, C (chỉ có 1 trường hợp viêm gan C) chiếm 91.3%, chủ yếu BN phát hiện bệnh một cách tình cờ.

Bảng 3.2. Số lần nút ĐMG và tỉ lệ tái phát sau mổ

Số lần nút ĐMG trước mổ	Tái phát sau mổ		Tổng	p
	Có	Không		
Nút ĐMG 1 lần	n 6 % 24%	n 19 % 76%	25 54,3%	p=0,725
Nút ĐMG ≥2 lần	n 6 % 28,6%	n 15 % 71,4%	21 45,7%	
Tổng	n 12 % 26,1%	n 34 % 73,9%	46 100%	

Nhận xét: Không sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,725$) ở 2 nhóm được nút ĐMG 1 lần và nhóm được nút ĐMG nhiều hơn 1 lần.

Bảng 3.3. Tỉ lệ hoại tử khô u và tái phát sau mổ

Tỉ lệ hoại tử u	Có tái phát	Không tái phát	Tổng	p
Hoại tử <100%	n 12 % 33,3%	n 24 % 66,7%	36 78,3%	p=0,044
Hoại tử 100%	n 0 % 0%	n 10 % 100%	10 21,7%	
Hoại tử <70%	n 5 % 25%	n 15 % 75%	20 100%	p=0,883
Hoại tử >70%	n 7 % 26,9%	n 19 % 73,1%	26 100	

Nhận xét: có 36 BN có tỉ lệ hoại tử u dưới 100% (78,3%) và 10 BN có tỉ lệ hoại tử u 100% (21,7%). Không có trường hợp nào tái phát ở nhóm có hoại tử u 100%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

3.3. Chỉ tiêu điều trị phẫu thuật

Bảng 3.4. Tỉ lệ cắt gan lớn và tái phát sau mổ

Mức độ cắt gan	Tái phát sau mổ		Tổng	p
	Có	Không		
Cắt gan lớn	n 9 % 32,1%	n 19 % 67,9%	28 100%	p=0,243
Cắt gan nhỏ	n 3 % 16,7%	n 15 % 83,3%	18 100%	
Tổng	n 12 % 26,1%	n 34 % 73,9%	46 100%	

Nhận xét: cắt gan lớn có 28 BN (60,9%), cắt gan nhỏ có 18 BN (39,1%) và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm với $p>0,05$.

3.4. Kết quả gần sau mổ cắt gan

3.4.1. Biến chứng và tử vong sau mổ

Bảng 3.5. Kết quả gần sau mổ

Phẫu thuật	Cắt gan lớn	Cắt gan nhỏ	Tổng số
Biến chứng sau mổ	4(14,3%)	1(5,6%)	5(10,9%)
Loại biến chứng			
Tràn dịch màng phổi	4(14,3%)	0(0%)	4(8,7%)
Suy gan sau mổ	1(3,6%)	1(5,6%)	1(2,2%)
Suy thận cấp sau mổ	0%	1(5,6%)	1(2,2%)
Rò mật sau mổ	0%	0%	0%
Áp xe tồn dư sau mổ	0%	0%	0%
Tử vong sau mổ	0(0%)	0(0%)	0(0%)

Nhận xét: tỉ lệ biến chứng sau mổ chiếm 10,9%, trong đó ở nhóm cắt gan lớn có 4 BN (14,3%), biến chứng tràn dịch màng phổi gặp chủ yếu (14,3).

3.5. Kết quả xa sau mổ

3.5.1. Thời gian sống thêm sau mổ

**Biểu đồ 3.1. Thời gian sống thêm**

+ Thời gian sống thêm trung bình sau mổ là $44 \pm 2,75$ tháng.

Nhận xét: tại thời điểm 12,6 tháng có 6 trường hợp tử vong và xác suất sống sót tích lũy là 0,859 đến tháng thứ 19,5 có thêm trường hợp cuối cùng tử vong và xác suất sống sót tích lũy còn là 0,809.

3.5.2. Tỷ lệ chết và tái phát sau mổ**Bảng 3.6. Tỷ lệ chết và tỷ lệ tái phát sau mổ**

Chỉ tiêu	n	%
Tỷ lệ chết	Do tái phát	6 13%
	Do suy gan sau mổ	1 2,2%
Tỷ lệ tái phát sau mổ	12	26,1%

Nhận xét: tỷ lệ chết của nghiên cứu là 15,2%, tỷ lệ tái phát sau mổ là 26,1%, trong số 7 trường hợp tử vong tính đến khi kết thúc nghiên cứu có 6 trường hợp tử vong do tái phát sau mổ, 1 trường hợp tử vong là do suy gan sau mổ không hồi phục.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

Về độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $48,8 \pm 13$ tuổi (thấp nhất 19 tuổi và cao nhất 68 tuổi). Độ tuổi hay gặp nhất là từ 51-60 tuổi chiếm 32,6%. Năm 2012 trong nghiên cứu của El Serag thấy độ tuổi trung bình được chẩn đoán UTTBG tại Trung Quốc là 55-59 tuổi. Tại Châu Âu và Bắc Mỹ độ tuổi trung bình được chẩn đoán UTTBG là 63-65 tuổi.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B lên đến 91,3%. Nghiên cứu của Ja Young Kang năm [126] tỷ lệ viêm gan virus B chiếm 84,4%.⁵

Về các dấu hiệu lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN đi khám bệnh tình cờ phát hiện u gan chiếm tỷ lệ cao nhất (47,8%), BN đi khám bệnh khi có triệu chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn như đau bụng dưới sườn phải, gầy sút cân chiếm tỷ lệ lần lượt là 34,8% và 17,4%. Trong một nghiên cứu tập hợp các BN UTTBG tại Đài Loan cho thấy triệu chứng đau bụng dưới sườn phải hay gặp nhất chiếm 75,5%, triệu chứng chán ăn, gầy sút cân là triệu chứng hay gặp trong bệnh lý ung thư nói chung, trong đó có

UTTBG, dấu hiệu này có thể gặp ở trên 80% số bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối.⁶

4.2. Nút ĐMG, TMC, đốt sóng cao tần trước mổ. Như vậy ở nhóm BN được nút ĐMG trước mổ 1 lần chiếm 54,3% và nhóm được nút ĐMG từ 2 lần trở lên chiếm 45,7%. Tỷ lệ hoại tử u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 68,5%, tỷ lệ hoại tử u nhỏ nhất là 10% và lớn nhất là 100%, nhóm được nút ĐMG trên 1 lần có tỷ lệ hoại tử u cao hơn so với nhóm được nút ĐMG 1 lần, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong nghiên cứu của Choi 2007 có 120 BN được nút ĐMG trước mổ thấy tỷ lệ BN được nút ĐMG 1 lần trước mổ là 74,2% và nút ĐMG trên 1 lần trước mổ là 25,8%. Tuy nhiên tỷ lệ hoại tử khối u hoàn toàn ở nhóm nút ĐMG trên 1 lần trước mổ không cao hơn so với nhóm chỉ nút ĐMG 1 lần.⁷

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh về tỷ lệ tái phát sau mổ ở 2 nhóm BN được nút ĐMG 1 lần trước mổ và nhóm được nút ĐMG ≥ 2 lần thấy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên khi so sánh tỷ lệ tái phát sau mổ ở nhóm có tỷ lệ hoại tử u không hoàn toàn (dưới 100%) và nhóm hoại tử u hoàn toàn không còn nhìn thấy hình dáng tế bào trên giải phẫu bệnh (hoại tử 100%) thì thấy ở nhóm hoại tử u hoàn toàn không có trường hợp nào tái phát sau mổ, trong khi đó nhóm hoại tử u dưới 100% thì tỷ lệ tái phát sau mổ là 33,3% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.3. Chỉ tiêu điều trị phẫu thuật và biến chứng sau mổ. Tỷ lệ tái phát sau mổ ở 2 nhóm cắt gan lớn và nhóm cắt gan nhỏ thì không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nghiên cứu của Choi tỷ lệ cắt gan lớn ở nhóm nút ĐMG trước mổ là 55% và cắt gan nhỏ là 45%.⁷

Năm 2011 Reddy thông báo một nghiên cứu gồm 1670 BN được mổ cắt gan tại trung tâm ung thư gan, Pittsburgh, Mỹ được chia làm 3 nhóm: nhóm cắt dưới 3 hpt có 814 BN chiếm 48,7%, nhóm cắt 3 hạ phân thùy có 219 BN chiếm 13,2% và nhóm cắt từ trên 4 hạ phân thùy có 637 trường hợp chiếm 38,1%, như vậy tỷ lệ cắt gan lớn chiếm 51,3%. Trong nghiên cứu này khi so sánh tỷ lệ tử vong sau mổ thấy nhóm cắt gan từ 3 hạ phân thùy trở lên có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm cắt gan nhỏ với $p < 0,05$ nhưng tỷ lệ biến chứng sau mổ ở 3 nhóm thì không thấy có sự khác biệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ cắt gan lớn là 60,9%, cắt gan nhỏ chiếm 39,1% và tỷ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm cắt gan lớn (14,3%) cao hơn nhóm cắt gan nhỏ (5,6%) nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ và nghiên cứu của chúng tôi không có

trường hợp nào có biến chứng rò mật, áp xe tổn dư và tử vong sau mổ.⁸

Virani và cộng sự nghiên cứu về tỉ lệ biến chứng sau mổ cắt gan ở 14 bệnh viện tại Mỹ trong thời gian 30 ngày sau mổ thấy tỉ lệ biến chứng chung là 22,6% trong đó có 5,2% BN phải mổ lại và tỉ lệ tử vong ở những trường hợp này cũng cao hơn những trường hợp khác không phải mổ lại. Khi nghiên cứu tỉ lệ biến chứng ở 2 nhóm cắt gan lớn và cắt gan nhỏ thì nhiều nghiên cứu cho rằng tỉ lệ biến chứng sau mổ ở 2 nhóm này không khác nhau, cũng có nghiên cứu khác cho rằng cắt gan lớn sẽ làm tăng nguy cơ biến chứng so với cắt gan nhỏ. Zimmitti [165] cho rằng tỉ lệ biến chứng rò mật tăng lên khi cắt gan lớn, trong nghiên cứu của Li và cộng sự [166] tỉ lệ biến chứng ở nhóm cắt gan lớn là 41%, cắt gan nhỏ là 21,3% với $p < 0,05$.⁹⁻¹⁰

4.4. Kết quả xa sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 46 BN đến thời điểm kết thúc nghiên cứu có 12 BN có tái phát sau mổ chiếm 26,1%, tỉ lệ tử vong có 7 trường hợp chiếm 15,2% trong đó có 6 trường hợp tử vong do tái phát và di căn xa và 1 trường hợp tử vong do suy gan không hồi.

Theo Yumoto và cộng sự nguyên nhân chủ yếu của tái phát sớm sau mổ là do không tìm thấy nhân vệt tinh trong phẫu thuật và các nhân ung thư rời ra trong quá trình phẫu thuật, mức độ xơ gan, kích thước của tổn thương và số lượng các tổn thương là những yếu tố độc lập ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân UTTBG. Theo kết quả phân tích đa biến trong nghiên cứu này cho thấy 9,5% số BN có nhiều tổn thương tìm thấy trước khi phẫu thuật, 20% BN có nhiều tổn thương tìm thấy trong quá trình phẫu thuật và 39,5% BN có nhân vệt tinh khi phân tích giải phẫu bệnh. Nút ĐMG sử dụng dầu i-ốt (Lipiodol) làm vật liệu tắc mạch cho thấy sau khi nút ĐMG thì một số nhân có kích thước lớn hơn 0,5 cm không còn được nhìn thấy trên phim chụp mạch kỹ thuật số (DSA) hoặc trên chụp CLVT vì dầu i-ốt có chọn lọc vẫn còn tồn tại trong khối u từ đó phẫu thuật viên có thể tiên lượng trong mổ để tránh một cuộc mổ không triệt căn.

Nghiên cứu của Yanming Zhou dùng kỹ thuật phân tích gộp trên 3210 bệnh nhân trong đó có 1431 bệnh nhân được nút ĐMG trước mổ. Về tái phát sau mổ tác giả thấy có mười một nghiên cứu báo cáo với số trường hợp tái phát sau phẫu thuật ở nhóm nút ĐMG trước mổ là 411 trường hợp trên tổng số 673 trường hợp, chiếm 61% và 536 trường hợp tái phát trên tổng số 917 không nút ĐMG trước mổ chiếm 58,4%. Nghiên cứu

này cũng cho thấy tỷ lệ di căn xa ở 2 nhóm nút ĐMG trước mổ và không nút ĐMG trước mổ tương tự nhau với tỷ lệ tương ứng là 51,2% và 53,6% ($p = 0,12$) Tỷ lệ di căn trong gan ở 2 nhóm này cũng có tỉ lệ tương ứng là 12,9% và 10,3% ($p = 0,19$).

4.5. Thời gian sống thêm sau mổ và các yếu tố liên quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi với 46 BN được nút ĐMG trước mổ thấy thời gian sống trung bình của cả nghiên cứu là $44 \pm 2,75$ tháng. Tỉ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm và 3 năm sau mổ của nghiên cứu lần lượt là 88,6%, 85,9% và 80,9%.

Trong nghiên cứu của Zhang có 1457 trường hợp UTTBG được phẫu thuật cắt gan, trong đó có 120 trường hợp được nút ĐMG trước mổ, tác giả đánh giá vai trò của nút ĐMG trước mổ ảnh hưởng đến thời gian sống không bệnh và các yếu tố liên quan đến tiên lượng. Trong nghiên cứu này khi phân tích đa biến tác giả thấy có các yếu tố sau liên quan tiên lượng như: số tổn thương, số lần nút ĐMG trước mổ, hiệu quả của nút ĐMG, huyết khối trong khối u, kích thước khối u, nhân vệt tinh, sự xâm lấn mạch máu và AFP sau mổ. Hiện nay, hầu hết các tác giả đồng ý rằng nút ĐMG trước phẫu thuật có thể cải thiện tỷ lệ sống còn không bệnh của bệnh nhân có khối u kích thước lớn và đặc biệt những trường hợp không thể được cắt bỏ trong giai đoạn đầu tiên. Tuy nhiên các tác giả vẫn còn tranh cãi về hiệu quả của nút ĐMG trước mổ đến thời gian sống không bệnh ở những trường hợp khối u có thể cắt bỏ ngay được ở giai đoạn đầu, đặc biệt trong những trường hợp khối u có kích thước nhỏ.

Zhang cũng đã chứng minh rằng các bệnh nhân có nút ĐMG trước phẫu thuật có thời gian sống không bệnh tốt hơn so với những trường hợp không có nút ĐMG và hơn nữa những bệnh nhân có nút ĐMG trước phẫu thuật hơn hai lần cho kết quả tốt hơn so với những người chỉ nút ĐMG một lần trước phẫu thuật. Điều này chỉ ra rằng nút ĐMG trước phẫu thuật có thể làm giảm bệnh tái phát tại chỗ và tăng tỷ lệ sống không bệnh cũng như tỷ lệ sống thêm toàn bộ. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi khi chia số lần BN được nút ĐMG trước mổ làm nhóm được nút ĐMG 1 lần trước mổ và nhóm được nút ĐMG trên 1 lần trước mổ, sau đó so sánh thời gian sống thêm và xác suất sống thêm thì không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Trong nghiên cứu của Lee năm 2009 thời gian sống trung bình của nhóm không nút ĐMG và có nút ĐMG trước mổ là 60 tháng và 51 tháng

với $p=0,025$. Thời gian sống không bệnh trung bình là 36 tháng đối với nhóm cắt gan đơn thuần và 41 tháng đối với nhóm nút ĐMG trước mổ. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1-3-5 năm sau mổ là 89%, 73%, và 59% ở nhóm cắt gan đơn thuần và 81%, 57%, 47% ở nhóm nút ĐMG trước mổ với $P=0.025$. Tỷ lệ sống không bệnh 1-3-5 năm sau mổ là 66%, 44%, và 32% ở nhóm cắt gan đơn thuần, trong khi đó tỷ lệ này là 60%, 49%, và 40% ở nhóm nút ĐMG trước mổ.¹⁵

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 48,8 tuổi, hay gặp nhất là độ tuổi 50-60 tuổi, nam nhiều hơn nữ chiếm 80,4%. Tỷ lệ viêm gan virus B trong nghiên cứu là 91,3%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (10,9%) chủ yếu là tràn dịch màng phổi (8,7%). Thời gian sống thêm trung bình sau mổ tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là $44 \pm 2,75$ tháng, tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm và 3 năm sau mổ là 88,6%, 85,9% và 80,9% với tỷ lệ tái phát sau mổ là 26,1%, tỷ lệ chết chiếm 15,2% (chết do tái phát sau mổ 13%, chết do suy gan sau mổ 2,2%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cha CH, Saif MW, Yamane BH, Weber SM. Hepatocellular carcinoma: current management. *Curr Probl Surg*. 2010;47(1):10-67. doi:10.1067/j.cpsurg.2009.09.003
2. Cherqui D, Belghiti J. [Hepatic surgery. What progress? What future?]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2009; 33(8-9): 896-902. doi:10.1016/j.gcb.2009.05.005
3. Tabrizian P, Jibara G, Shrager B, Schwartz

- M, Roayaie S. Recurrence of hepatocellular cancer after resection: patterns, treatments, and prognosis. *Ann Surg*. 2015;261(5): 947-955. doi:10.1097/SLA.0000000000000710
4. El-Serag HB. Epidemiology of viral hepatitis and hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*. 2012;142(6): 1264-1273.e1. doi:10.1053/j.gastro.2011.12.061
5. Kang JY, Choi MS, Kim SJ, et al. Long-term outcome of preoperative transarterial chemoembolization and hepatic resection in patients with hepatocellular carcinoma. *Korean J Hepatol*. 2010;16(4): 383-388. doi:10.3350/kjhep.2010.16.4.383
6. Sun VCY, Sarna L. Symptom management in hepatocellular carcinoma. *Clin J Oncol Nurs*. 2008; 12(5): 759-766. doi:10.1188/08.CJON.759-766
7. Choi GH, Kim DH, Kang CM, et al. Is preoperative transarterial chemoembolization needed for a resectable hepatocellular carcinoma? *World J Surg*. 2007;31(12): 2370-2377. doi:10.1007/s00268-007-9245-6
8. Reddy SK, Barbas AS, Turley RS, et al. A standard definition of major hepatectomy: resection of four or more liver segments. *HPB*. 2011; 13(7): 494-502. doi:10.1111/j.1477-2574.2011.00330.x
9. Virani S, Michaelson JS, Hutter MM, et al. Morbidity and mortality after liver resection: results of the patient safety in surgery study. *J Am Coll Surg*. 2007;204(6):1284-1292. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.02.067
10. Zimmitti G, Roses RE, Andreou A, et al. Greater complexity of liver surgery is not associated with an increased incidence of liver-related complications except for bile leak: an experience with 2,628 consecutive resections. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. 2013;17(1):57-64; discussion p.64-65. doi:10.1007/s11605-012-2000-9

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG SƯỜN BẰNG NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Đức Hùng^{1,2}, Phan Thanh Hoàng², Phạm Hữu Lưu^{1,2}

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, chỉ định phẫu thuật và thời điểm phẫu thuật kết hợp xương sườn bằng nẹp vít trong điều trị chấn thương ngực tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2023.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân chấn thương ngực được phẫu thuật kết hợp xương sườn bằng nẹp vít tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực- Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong giai đoạn từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 08 năm 2023. **Kết quả:** Có 44 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là $48,09 \pm 13,45$; nam giới chiếm 61,4%. Nguyên nhân chính là tai nạn giao thông (77,3%). Triệu chứng đau ngực xuất hiện ở 95,5% bệnh nhân, 26(59,1%) bệnh nhân nhập viện cần thở oxy hỗ trợ và 03(6,8%) bệnh nhân cần đặt ống nội khí quản. 97,7% bệnh nhân có giảm rì rào phế nang bên tổn thương, 25% trường hợp có dấu hiệu màng sườn di động trên lâm sàng. Số xương sườn gãy trung bình trên X-quang ngực thẳng là $6,27 \pm 2,86$ và trên cắt lớp vi tính lồng ngực là $8,23 \pm 3,82$; 31,8% bệnh nhân có tràn máu màng phổi,

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm nội dung: Phạm Hữu Lưu

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024