

MỘT SỐ NHẬN XÉT QUA 87 TRƯỜNG HỢP CẮT GAN

Tôn Thất Bách, Trần Bình Giang*, Nguyễn Thanh Long*
Kim Văn Vụ*, Dương Trọng Hiền**

TÓM TẮT

Từ 1/1994 đến 8/1999 tại khoa PTCCB Bệnh viện Việt Đức đã thực hiện 87 phẫu thuật cắt gan các loại cho 86 bệnh nhân. Chỉ có 2 bệnh nhân tử vong trên bệnh nhân ung thư tế bào gan. Cắt gan do u lành tính là 39,1%, ác tính 42,5%, chấn thương gan 18,4%. Trong đó ghi nhận sự giảm đi đáng kể của cắt gan do ung thư trong khi cắt do chấn thương tăng lên. Tỷ lệ truyền máu, biến chứng, tử vong giảm rõ rệt chứng tỏ kỹ thuật cắt gan của Tôn Thất Tùng ngày càng hoàn thiện.

RÉSUMÉ

EVALUATION DE 87 HEPATECTOMIES

De Janvier 1994 à Aout 1999 dans le service de chirurgie digestive - Intensive de l'Hôpital Viet Duc, 87 hépatectomies ont été effectuées sur 86 patients. Il y a seulement 2 cas qui sont morts sur table. L'hépatectomie pour lésion bénignes représente 39,1% des cas, maligne: 42,5%, contusion: 18,4%. Surtout, L'hépatectomie pour cancer est diminuée clairement tandis que l'hépatectomie pour contusion est augmentée. Le perfectionnement des techniques de l'hépatectomie de Ton That Tung diminue fortement le taux de la transfusion, complication et mortalité.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt gan theo phương pháp kiểm soát cuống mạch trong nhu mô của Tôn Thất Tùng từ năm 1960 đến năm 1985 được thực hiện trên 1000

trường hợp tại Bệnh viện Việt Đức đã khẳng định vị trí của phương pháp này trên quốc tế. Trong hai thập niên cuối của thế kỷ XX, sự bùng nổ về công nghệ trong ngành y học đã có nhiều thay đổi đến ngành ngoại khoa như phẫu thuật nội soi, sử dụng dao mổ Laser, dao mổ siêu âm.... Báo cáo của chúng tôi chỉ muốn đề cập đến hai vấn đề:

1. Với sự chuyển đổi của nền kinh tế, những chỉ định của phẫu thuật cắt gan có khác gì so với trước năm 1985.

2. Trong điều kiện vẫn còn khó khăn của đất nước, kết quả của chúng ta có bị tụt hậu hay không so với các nước đang áp dụng rất nhiều công nghệ cao trong mổ xẻ.

II- SỐ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

Từ tháng 1 năm 1994 đến tháng 8 năm 1999, tại Khoa phẫu thuật Cấp cứu Bụng (PTCCB) Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã thực hiện 87 trường hợp cắt gan cho 86 bệnh nhân. Vì khoa PTCCB chỉ thu nhận bệnh nhân người lớn nên 86 bệnh nhân của chúng tôi đều nằm trong độ tuổi từ 16 tuổi trở lên. Tỷ lệ nam và nữ là 53/33.

1- Nguyên nhân cắt gan

Ung thư gan nguyên phát: 33 trường hợp

Ung thư tế bào gan: 32

Ung thư tế bào dẫn mật: 1

Ung thư gan thứ phát: 4 trường hợp

Túi mật: 2

*Bệnh viện Việt Đức - Hà Nội

Dạ dày: 1
 Ruột non: 1
 Chấn thương và vết thương: 16*
 U lành tính: 6

Bệnh lý đường mật: 28
 Sỏi trong gan: 20
 Abces, Hemobilia: 7
 Chít hẹp: 1**

2-Phân bố cắt gan

	Cắt HPT	Cắt PT	Cắt GT	Cắt GTMR	Cắt GP	Cắt BPTT	TS
Ung thư nguyên phát	3	8	4	5	12	1	33
Ung thư thứ phát	2	1		1			4
Chấn thương	5	7	1			3	16
U lành	1	1	1		3		6
Bệnh lý đường mật	2	22	3		1		28
<i>Trong đó: Sỏi</i>		18	2				20
<i>Abces và CMĐM</i>	1	4	1		1*		7
<i>Chít hẹp</i>	1						1
Tổng số	13	39	9	6	19	1	87

3-Tử vong: 2 đều cắt gan do ung thư tế bào gan; một số trường hợp cắt ba phân thùy trái và một số trường hợp cắt gan phải. Những trường hợp tử vong trên bàn trong cắt gan do chấn thương không thu thập được vì bệnh nhân chưa nhập khoa.

4-Lượng máu truyền: Có 7 trường hợp cắt gan không truyền máu và trên 80 trên 87 trường hợp truyền máu trong khi mổ, trong đó nhóm cắt gan do tổn thương lành tính (u lành, sỏi, abces) là 34 trường hợp chiếm 39,08 %, nhóm cắt gan do tổn thương ác tính là 37 trường hợp chiếm 42,5% và chấn thương gan là 16 trường hợp chiếm 18,39%.

5-Thời gian cấp cứu gan: có tổng số 76/87 trường hợp cắt gan có ghi nhận tình trạng có hay không cấp cứu gan, với thời gian cấp trung bình là 5,2 phút (dao động từ 0 đến 16 phút). Trong các 71 trường hợp có cấp cứu gan, cắt

gan do nguyên nhân lành tính là 29 trường hợp, ác tính 29 trường hợp và chấn thương 13 trường hợp.

III- BÀN LUẬN

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có ba khoa thực hiện cắt gan đó là khoa phẫu thuật tiêu hoá, khoa phẫu thuật gan mật và khoa phẫu thuật cấp cứu bụng ; vì vậy số liệu tổng kết của chúng tôi không đại diện cho toàn bộ phẫu thuật cắt gan của Bệnh viện Việt Đức. Hơn nữa đối với chấn thương gan, do chúng tôi chỉ thống kê những bệnh nhân nằm tại khoa chúng tôi cho nên một số bệnh nhân tử vong trên bàn mổ do chấn thương chúng tôi chưa thống kê được.

1. Về chỉ định cắt gan

Trong thống kê của chúng tôi, chỉ định cắt gan do ung thư gan nguyên phát chiếm 37,9%,

do ung thư gan thứ phát chiếm 4,49%, chấn thương chiếm 18,39%, u lành tính chiếm 6,89% và bệnh lý đường mật chiếm 32,18% trong đó sỏi gan chiếm 22,98%, absces và chảy máu đường mật chiếm 8% và chít hẹp đường mật chiếm 1,14%. Như vậy so với giai đoạn trước đây, khi tổng kết 1058 trường hợp cắt gan từ 1960 đến 1983 () chỉ định cắt gan do ung thư có giảm đi: 53,7% so với 37,9%, cắt gan do bệnh lý đường mật vẫn không thay đổi: 37,5% so với 32,18% nhưng chỉ định cắt gan do chấn thương lại tăng lên rõ rệt: 2,1% so với 18,39%. Đối với ung thư gan nguyên phát tuy tỷ lệ trong chỉ định cắt gan có giảm nhưng thực chất không phải do ung thư gan giảm trong giai đoạn trước đây, bệnh nhân mổ không phải trả tiền nên tỷ lệ chấp nhận phẫu thuật cao và nên chỉ chỉ định cắt gan, đặc biệt là cắt giảm khối u (hépatectomie réductionnelle) phối hợp với điều trị miễn dịch không đặc hiệu được thực hiện một cách rộng rãi không phải tính toán đến kinh tế của người bệnh. Hơn nữa tình trạng người bệnh đến viện cũng thay đổi. Đối với bệnh nhân từ nông thôn vẫn trong tình trạng ung thư giai đoạn cuối trong khi ở thành phố, với mạng lưới siêu âm, đã có những bệnh nhân đến viện với khối u còn rất nhỏ.

Đối với bệnh lý đường mật, tỷ lệ cắt gan do absces đường mật biến chứng (vỡ, chảy máu đường mật) giảm đi nhưng tỷ lệ cắt gan do sỏi gan lại tăng lên. Mới đây bệnh viện Việt Đức mới trang bị máy nội soi đường mật trong mổ. Chúng tôi hy vọng với sự trang bị mới về nội soi và tán sỏi đường mật bằng kỹ thuật nội soi trong mổ, rồi đây tỷ lệ cắt gan do sỏi cũng sẽ giảm đi và chỉ định cắt gan do áp xe hay chảy máu đường mật sẽ được định vị ở mức phân thủy. Đối với thương tích gan do chấn thương

và vết thương, sự gia tăng của tổn thương này trong giai đoạn hiện nay là một điều đương nhiên vì đây là hậu quả của sự gia tăng tai nạn giao thông, tai nạn lao động và hung tính của xã hội trong quá trình đô thị hoá và công nghiệp hoá chính vì vậy, tỷ lệ cắt gan do chấn thương tăng lên một cách rõ rệt so với giai đoạn trước đây. Chỉ định cắt gan trong những trường hợp này là nhằm cầm máu (hemostase) và cầm mật (bilistase) vì vậy nó chỉ dành cho những trường hợp mà không có thể bảo tồn được.

2. Về hình thái cắt gan

Theo phân loại của Tôn Thất Tùng, khi cắt bỏ từ hai phân thủy trở lên được coi là cắt gan lớn (Hepatectomie majeure) bao gồm cắt gan trái, cắt gan phải, cắt thủy gan phải, cắt ba phân thủy bên trái) và cắt gan nhỏ là cắt từ một phân thủy trở xuống bao gồm cắt phân thủy và cắt hạ phân thủy. Hình thái cắt gan vẫn giữ theo tỷ lệ giai đoạn trước đây: cắt gan lớn trong giai đoạn trước đây là 41,48%, hiện nay là 40,22%, cắt gan phân thủy trước đây là 39,34% giai đoạn hiện nay tăng lên 44,82%, hạ phân thủy là 19,16% hiện nay là 14,94%. Trong cắt gan lớn, ung thư gan nguyên phát chỉ còn chiếm 62% so với trước đây là 90%. Cắt gan nhỏ (cắt phân thủy và hạ phân thủy gan) vẫn dành cho bệnh lý đường mật (85,7%) và chấn thương (81,2%). Theo kinh nghiệm của Tôn Thất Tùng và cộng sự, trong trường hợp sỏi gan, chỉ định cắt gan chỉ đặt ra khi sỏi chỉ còn khu trú ở phân thủy còn đối với absces đường mật biến chứng (vỡ hoặc chảy máu đường mật), do tổn thương nhiễm trùng lan toả hai gan trong khi mổ sẽ rất nặng với một tỷ lệ tử vong cao vì vậy chỉ nên cắt gan phân thủy hoặc hạ phân thủy. Tuy nhiên việc định khu chảy máu đường mật không phải dễ dàng ở mức phân thủy. Chúng ta dễ dàng xác

định chảy bên gan phải hay bên gan trái những chỉ định cắt phân thủy hay cắt gan không phải dễ dàng. Hiện nay với nội soi đường mật trong mổ, việc xác định vị trí chảy máu đường mật sẽ hết sức dễ dàng vì vậy chỉ định cắt gan sẽ được đặt ra một khi thất động mạch gan thất bại. Đối với chấn thương gan, cắt gan chỉ là một kỹ thuật để cầm máu, vì vậy hình thái cắt gan là dựa trên yêu cầu của tổn thương.

3. Về kỹ thuật cắt gan

3.1. Cắt cuống gan

Trên 76 trường hợp ghi nhận cắt cuống gan, thời gian cắt trung bình là 5,28 phút, ngắn hơn giai đoạn trước đây (6,5 phút). Chúng tôi cho rằng trước đây, tổn thương của ung thư gan trong các trường hợp cắt mổ gan nặng hơn hiện nay vì vậy thời gian của cắt cuống gan giai đoạn trước đây kéo dài hơn. Chúng tôi có tiến hành đối chiếu giữa thời gian cắt cuống gan với lượng máu truyền, với từng loại cắt gan nhưng chưa đủ kết luận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trước đây có nhiều nghi ngại về thời gian cắt cuống gan nhưng theo kinh nghiệm của Huguet, thời gian cắt cuống gan có thể kéo dài tới 70 phút trong nhiệt độ bình thường, Leon Pachter 75phút, Bisthmur 90phút() và mới đây, chúng tôi đã có một trường hợp cắt cuống gan tới 77 phút để mổ mở nhu mô gan lấy huyết khối và tạo hình hai tĩnh mạch trên gan giữa và trái bị chít hẹp và bệnh nhân đã không bị hôn mê gan và khỏi bệnh ra viện với kết quả hết sức khả quan. Trong một số trường hợp cắt thủy gan trái (cắt gan thủy bên) chúng tôi sử dụng kẹp điện cắt gan theo kỹ thuật Dawson: dùng clam ruột kẹp dọc theo dây chằng liềm để thay cho kẹp toàn bộ cuống gan. Tuy nhiên chúng tôi vẫn giữ quan điểm trong chấn thương gan, cố gắng

hạn chế thời gian kẹp cuống gan trong những trường hợp sốc nặng để đề phòng hôn mê gan sau mổ.

3.2. Truyền máu và rối loạn đông máu

Trên 85 trường hợp có ghi nhận truyền máu, lượng máu truyền trung bình cho mỗi trường hợp mổ là 701ml. Truyền máu trong chấn thương gan phụ thuộc vào tổn thương phổi hợp của đa chấn thương chứ không đơn thuần do kỹ thuật cắt gan, trong ung thư gan phụ thuộc vào tình trạng gan xơ và trong bệnh lý đường mật phụ thuộc vào tình trạng tắc mật hoặc suy kiệt. Theo thống kê của Tôn Đức Lang, trong giai đoạn 1960-1985 đối với cắt gan do ung thư gan nguyên phát, lượng máu truyền trung bình trong cắt gan trái là 1300ml nếu gan không xơ, 1782ml nếu gan xơ và trong cắt gan phải là 1750ml nếu gan không xơ và 2392ml nếu gan xơ. Trong thống kê nhóm mới của chúng tôi, lượng máu truyền trong cắt gan trái là 456ml và cắt gan phải là 1059ml, thấp hơn rõ rệt so với giai đoạn trước đây. Điều này cho thấy việc lựa chọn bệnh nhân cùng với hoàn thiện kỹ thuật đã giảm lượng máu truyền một cách đáng kể trong cắt gan. Một điều nữa là tình trạng rối loạn đông máu trong quá trình cắt gan đã được khắc phục bằng việc truyền plasma tươi đông lạnh hoặc truyền tiểu cầu trong quá trình cắt gan đã hạn chế rõ rệt những rối loạn này.

3.3. Tỷ lệ tử vong

Tỷ lệ tử vong cắt gan do ung thư gan: Chúng tôi có 2 trường hợp tử vong trên 33 trường hợp (6,06%) cắt gan do ung thư nguyên phát. Nếu so với giai đoạn trước đây, tỷ lệ tử vong chung của cắt gan do ung thư nguyên phát là 17,4% thì hiện nay tỷ lệ này đã hạ thấp xuống rõ rệt chỉ còn 6,06%. Điều lý giải tỷ lệ tử vong trong cắt gan trong ung thư gan giảm xuống là

do chỉ định mổ được chọn lọc hơn. Trong giai đoạn 1960 -1985, thống kê của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tử vong của chúng tôi xảy ra ở một số trường hợp cắt gan phải có xơ gan kèm theo. Tỷ lệ tử vong trong cắt gan do ung thư gan trên thế giới theo G. Mentha tỷ lệ này là 4,5%, cắt gan lớn là 10%.

Tỷ lệ tử vong cắt gan do bệnh lý đường mật, u gan thứ phát và u lành: Trên tổng số 38 trường hợp cắt gan, chúng tôi không có một trường hợp tử vong nào. Điều này có thể do nhóm bệnh nhân còn ít nhưng cũng cho thấy về kỹ thuật cắt gan và gây mê hồi sức đã có nhiều tiến bộ.

Tỷ lệ tử vong cắt gan do chấn thương:

Riêng về chấn thương gan, như trên đã nói vì chúng tôi chưa thu thập đầy đủ hồ sơ tử vong trên bàn mổ nhưng qua các tổng kết vừa qua trong chấn thương gan tại bệnh viện Việt Đức cho thấy tỷ lệ này không phải là cao. Tổng kết của Dương Trọng Hiền cho thấy tỷ lệ tử vong chung trong chấn thương và vết thương là 13%, tương đương với các tác giả nước ngoài. Tổng kết của Trịnh Hồng Sơn cho thấy tỷ lệ tử vong giữa khâu gan so với cắt gan khác nhau một cách có ý nghĩa thống kê để khuyến cáo không nên cắt gan cấp cứu trong chấn thương và vết thương gan nhưng chúng tôi cho rằng đây là một sự nhầm lẫn vì tổn thương trong hai nhóm hoàn toàn khác nhau. Hơn nữa nguyên nhân tử vong của cắt gan do chấn thương gan phụ thuộc vào ba yếu tố. Yếu tố thứ nhất là tổn thương tại

gan. Có những tổn thương tại gan mà không thể điều trị theo các biện pháp thông thường như chèn gạc, khâu, cắt mà duy nhất có một trường hợp Burkhardt năm 1990 đã thành công khi tác giả thực hiện cắt bỏ toàn bộ gan bị chấn thương và ghép gan sau 3 ngày. Yếu tố thứ hai là tổn thương phối hợp, đặc biệt là tổn thương sọ não và sốc đa chấn thương mà đã được Nguyễn Văn Mão đề cập tới. Yếu tố thứ ba mới là kỹ thuật. Nếu như vậy không có nghĩa là chỉ định cắt gan một cách rộng rãi trong chấn thương gan nhưng cũng không nên chần chừ, trước khi rơi vào tình trạng rối loạn chức năng đông máu.

IV- KẾT LUẬN

Từ 1994 đến 1999 so với giai đoạn trước đây, tỷ lệ cắt gan do ung thư gan nguyên phát giảm đi. Có ba lý do chính dẫn đến sự giảm đi của tỷ lệ này là không còn chỉ định cắt giảm khối u trong điều trị ung thư gan, hạn chế chỉ định cắt gan do ung thư kèm trên xơ gan và do sự đóng góp viện phí của người bệnh. Bên cạnh sự giảm tỷ lệ cắt gan do ung thư là sự tăng lên đáng kể về chỉ định cắt gan chấn thương do sự gia tăng một cách đáng lo ngại về tai nạn giao thông. Tỷ lệ truyền máu, các biến chứng và tỷ lệ tử vong so với giai đoạn trước đây đều giảm đi đáng kể, chứng tỏ cho việc thực hiện kỹ thuật cắt gan theo Phương pháp Tôn Thất Tùng đã được hoàn thiện hơn cùng với sự sử dụng các chế phẩm từ máu.