

PHẦN IV - SỎI MẬT, PHẪU THUẬT SỎI MẬT, PHẪU THUẬT CẮT GAN, CHẤN THƯƠNG GAN, SÁN LÁ GAN

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GAN KINH NGHIỆM CỦA BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC QUA 22 TRƯỜNG HỢP

Đỗ Tuấn Anh*, Trần Bình Giang**,
Nguyễn Quang Nghĩa*, Phan Kim Dung****,
Đỗ Kim Sơn*

TÓM TẮT

Phẫu thuật nội soi cắt gan đang được áp dụng tại Việt nam từ 2004 cho kết quả tốt.

Mục đích nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng và thương tổn của những trường hợp cắt gan, chỉ định và kết quả gần của phẫu thuật nội soi cắt gan.

Đối tượng – phương pháp. Nghiên cứu hồi cứu mô tả 22 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt gan tại bệnh viện Việt Đức từ 2.2004 đến 06.2006.

Kết quả: U lành chiếm 45%, ung thư 32%, sỏi mật 23%. Tỷ lệ nam/nữ = 1/1, nam giới gặp nhiều ở nhóm ung thư (85,7%), nữ giới gặp nhiều ở nhóm u lành (80%), tuổi trung bình là 48,4 tuổi. Thời gian biểu hiện bệnh trung bình 3,5 tháng với triệu chứng chủ yếu là đau bụng (81,8%), 100% các trường hợp chức năng gan trong giới hạn bình thường. Thương tổn trong mổ gặp nhiều nhất ở hpt 2,3 (54,5%), gan trái (59,1%), gan phải (40,9%). Cắt gan nhỏ thực hiện trong 19/22 trường hợp, 3/22 trường hợp cắt gan lớn (cắt gan trái). 59,1% thực hiện phẫu thuật nội soi thuần túy, 40,9% có mổ nhỏ hỗ trợ, thời gian mổ trung bình 155 phút. Có 3 trường hợp (13,9%) phải truyền máu trong mổ, không có tai biến nguy hiểm trong mổ. 2 trường hợp

biến chứng sau mổ (1 apxe tồn dư, 1 chảy máu diện cắt phải mổ lại), không có tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 8.4 ngày, lâu nhất ở nhóm sỏi mật (12.6 ngày).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt gan có tính khả thi, an toàn, chỉ định cho các trường hợp u lành tính, apxe gan đường mật do sỏi, thận trọng đối với những tổn thương ác tính và cần được theo dõi đánh giá kết quả xa sau mổ. Kỹ thuật mổ bụng nhỏ cho phép dễ dàng kiểm soát chảy máu từ diện cắt gan.

SUMMARY

Objective: To describe the clinical and pathological features, and evaluate the indication and short-term results of Laparoscopic Hepatectomy. **Patients and Methods:** a retrospectively-descriptive study of Laparoscopic Hepatectomy of 22 patients between 2.2004 and 06.2006. **Results:** 78% laparoscopic hepatectomies were for benign disease (23% abscess and 45% hemangioma) and 32% for malignant tumors (hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma). The man to woman ratio was 1/1, the mean age was 48, 4, the mean duration of disease was 3,5 months. Minor hepatectomy was performed in 19/22 patients

* Khoa Phẫu thuật Gan mật. ** Khoa Phẫu thuật cấp cứu bụng. *** Phòng mổ – Bệnh viện Việt Đức.
Email: nghiavduc@fpt.vn

and major hepatectomy (left hepatectomy) in 3/22. 51,9% patients were performed with total laparoscopic technique and 40,9% with minor assisted laparotomy. The mean surgical time was 155 minutes, three patients required blood transfusions during operation. No death, 2 post-operative complications (1 abscess, 1 hemorrhage required laparotomy). **Conclusion:** Laparoscopic Hepatectomy is safe, efficacy, good indication for benign disease. Minor laparotomy assisted technique is useful for hemorrhage control.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt gan (PTNSCG) được thực hiện lần đầu tiên trên thế giới năm 1992 bởi Gagner [1], năm 1996 đã thực hiện thành công cắt thùy gan trái điển hình bằng nội soi [6]. Đến nay PTNSCG đã được phổ biến rộng rãi, hàng nghìn bệnh nhân (bn) được điều trị theo phương pháp này với kết quả đáng khích lệ. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu PTNSCG mới chỉ dừng lại ở mức đánh giá tính khả thi, an toàn, kết quả gần của kỹ thuật này, chưa thực sự có những nghiên cứu trên số lượng lớn so sánh 2 phương pháp điều trị kinh điển (mở mổ) và nội soi để chứng minh được tính ưu việt, hiệu quả của từng phương pháp trong điều trị các tổn thương lành tính và ác tính tại gan [4]. Bệnh viện Việt Đức đã thực hiện thành công PTCGNS 12.2004 [1], sau giai đoạn áp dụng kỹ thuật này trong điều trị ngoại khoa các bệnh lý tại gan, bài viết này nhằm mục đích tổng kết một số kinh nghiệm bước đầu của PTNSCG trong điều kiện Việt nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng: Tất cả các bệnh nhân được

thực hiện PTNSCG tại bệnh viện Việt Đức, có giải phẫu bệnh lý sau mổ, hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ. Loại trừ các trường hợp nội soi chẩn đoán, nội soi thăm dò trước khi mổ mở cắt gan.

2. Phương pháp: Tiến cứu, mô tả.

3. Kỹ thuật mổ: Được tiến hành theo các bước [2]

Bước 1: Tư thế bệnh nhân và đặt các vị trí lỗ trocars. Bệnh nhân tư thế nằm dạng chân, phẫu thuật viên đứng giữa, 2 người phụ đứng bên phải bn, trong trường hợp cắt gan bên phải thì bn thường nằm nghiêng trái 90°, phẫu thuật viên và người phụ đứng bên trái bn. Đặt 4-5 trocars, vị trí đặt khác nhau giữa cắt gan bên trái và phải.

Bước 2: Làm bilan trong mổ đánh giá tổn thương, khả năng cắt bỏ và ranh giới cắt bỏ.

Bước 3: Giải phóng gan. Tiến hành giải phóng các dây chằng tam giác trái, dây chằng vành, để lại dây chằng tròn có tác dụng nâng gan.

Bước 4: Kiểm soát cuống gan và tĩnh mạch trên gan. Luồn laccio cuống gan bằng 1 sonde nelaton hoặc phẫu tích từng thành phần cuống gan, cặp cắt bỏ trước khi cắt gan (động tác này chỉ thực hiện đối với cắt gan lớn).

Bước 5: Cắt gan bằng dao siêu âm, cầm máu diện cắt gan bằng dao siêu âm, clip, Endopath 35mm hoặc khâu trực tiếp.

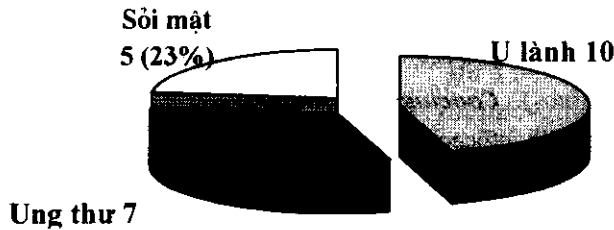
Bước 6: Lấy bệnh phẩm, đặt dẫn lưu, đóng các lỗ trocars. Bệnh phẩm được lấy bằng túi nylon qua đường rạch trên xương mu hoặc đường trắng.

Các phương tiện phục vụ cuộc mổ: giàn máy và bộ dụng cụ mổ nội soi, dao mổ siêu âm (Harmonic Scalpel - ENDOSURGERY), khâu cắt máy (Endo linear cutter).

4. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 12.0

III. KẾT QUẢ

Từ 2.2004 – 05.2006 (28 tháng) tại bệnh viện Việt Đức đã thực hiện 22 trường hợp cắt gan nội soi.



Biểu đồ 1: Phân loại theo bản chất giải phẫu bệnh các trường hợp PTNSCG

Bảng 1: Tỷ lệ nam/nữ và tuổi trung bình.

Giới	Phân loại			Tổng số	Tuổi trung bình
	U lành	Ung thư	Sỏi mật		
Nam	2	6	3	11	49.6
	20.0%	85.7%	60.0%	50.0%	
Nữ	8	1	2	11	47.1
	80.0%	14.3%	40.0%	50.0%	
Tổng số	10	7	5	22	
Tuổi trung bình	47.7	51.1	46		48.4

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng và thời gian biểu hiện bệnh

Triệu chứng	Phân loại			Tổng
	U lành	Ung thư	Sỏi mật	
Đau bụng	6	7	5	18
	60.0%	100.0%	100.0%	81.8%
Gầy sút	3	0	0	3
	30.0%	.0%	.0%	13.6%
Gan to	0	1	0	1
	.0%	14.3%	.0%	4.5%
Tổng số	10	7	5	22
Thời gian biểu hiện bệnh (tháng)	3.6	2.57	4.8	3.5

Bảng 3: Cận lâm sàng

Chi tiêu	Phân loại			Tổng
	U lành	Ung thư	Sỏi mật	
HbsAg dương tính	2	4	0	6
	20.0%	57.1%	.0%	31.6%
Chức năng gan bình thường	10	7	5	22
	100%	100%	100%	100%
Siêu âm được thực hiện	10	7	5	22
	100%	100%	100%	100%
Chụp CLVT được thực hiện	9	5	1	15
	90.0%	71.4%	20.0%	68.2%
Tổng số	10	7	5	22

Bảng 4: Vị trí thương tổn giải phẫu xác định trong mổ

Vị trí có tổn thương	Phân loại			Tổng
	U lành	Ung thư	Sỏi mật	
Hpt 2	5	2	5	12
	50.0%	28.6%	100.0%	54.5%
Hpt 3	5	2	5	12
	50.0%	28.6%	100.0%	54.5%
Hpt 4	1	2	0	3
	10.0%	28.6%	.0%	13.6%
Hpt 5	1	0	0	1
	10.0%	.0%	.0%	4.5%
Hpt 6	2	4	0	6
	20.0%	57.1%	.0%	27.3%
Hpt 7	2	3	0	5
	20.0%	42.9%	.0%	22.7%
Hpt 8	1	0	0	1
	10.0%	.0%	.0%	4.5%
Gan trái	6	2	5	13
	60.0%	28.6%	100.0%	59.1%
Gan phải	4	5	0	9
	40.0%	71.4%	.0%	40.9%
Tổng số	10	7	5	22

Bảng 5: Số lượng trocars

Số trocars	Phân loại			Tổng số
	U lành	Ung thư	Sỏi mật	
3	2	0	0	2
	20.0%	.0%	.0%	9.1%
4	6	7	5	18
	60.0%	100.0%	100.0%	81.8%
5	2	0	0	2
	20.0%	.0%	.0%	9.1%
Tổng số	10	7	5	22

Bảng 6: Có mở nhỏ bụng (< 5cm) hỗ trợ

Phẫu thuật	Phân loại			Tổng số
	U lành	Ung thư	Sỏi mật	
Có mở nhỏ hỗ trợ	3	3	3	9
	30.0%	42.9%	60.0%	40.9%
Không mở	7	4	2	13
	70.0%	57.1%	40.0%	59.1%
Tổng số	10	7	5	22

Bảng 7: Truyền máu trong mổ

Truyền máu	Phân loại			Tổng số
	U lành	Ung thư	Sỏi mật	
Có truyền	1	1	1	3
	10.0%	14.3%	20.0%	13.6%
Không truyền	9	6	4	19
	90.0%	85.7%	80.0%	86.4%
Tổng số	10	7	5	22

Bảng 8: Loại cắt gan

Cắt gan	Phân loại			Tổng
	U lành	Ung thư	Sỏi mật	
Thùy trái	3	0	5	8
	30.0%	.0%	100.0%	36.4%
Gan trái	1	2	0	3
	10.0%	28.6%	.0%	13.6%
Phân thùy sau	1	2	0	3
	10.0%	28.6%	.0%	13.6%
Hạ phân thùy	5	3	0	8
	50.0%	42.8%	.0%	36.4%
Tổng số	10	7	5	22
Thời gian mổ (phút)	157	147	162	155

Bảng 9: Biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện sau mổ

Biến chứng	Phân loại			Tổng
	U lành	Ung thư	Sỏi mật	
Có biến chứng	1	0	1	2
	10.0%	.0%	50.0%	10.5%
Thời gian nằm viện (ngày)	7	7.4	12.6	8.4

IV. BÀN LUẬN

1. Chỉ định của PTNSCG:

Sau thành công đầu tiên về mặt kỹ thuật, đến nay PTNSCG đã được áp dụng điều trị tất cả các loại thương tổn tại gan: lành tính (u máu, apxe gan đường mật do sỏi mật), ung thư gan nguyên phát, di căn gan. Đối với những thương tổn tại gan có chỉ định cắt bỏ, người ta chỉ cân nhắc khả năng áp dụng PTNSCG cho từng trường hợp chứ không còn phụ thuộc vào bản chất tổn thương nữa. Loại trừ những trường hợp không thể thực hiện được PTNSCG như: u quá to, vị trí sâu (hpt 8, 4a), u xâm lấn vào mạch máu lớn, còn lại đều có thể áp dụng kỹ thuật này. Với ưu điểm rõ rệt: can thiệp tối thiểu, phục hồi nhanh sau mổ, có thể thực hiện nhiều lần... PTNSCG hiện nay là chỉ định điều trị cho hầu hết các trường hợp: u máu gan, HCC trên nền gan xơ, di căn gan. Vấn đề còn lại là khả năng áp dụng kỹ thuật này đối với từng trung tâm phẫu thuật.

22 BN trong nghiên cứu này gồm có: 10 u máu gan (45%), 7 ung thư gan nguyên phát (32%), 5 apxe gan do sỏi (23%). Chỉ định cắt gan trong bệnh lý sỏi mật gồm 4 trường hợp sau: apxe gan đường mật do sỏi, gan xơ teo nhỏ do sỏi mật, hẹp đường mật kèm theo sỏi nhiều phía trên, nghi ngờ tổn thương ác tính do sỏi (cholangiocarcinoma). Để khẳng định

không còn sỏi gan ở vị trí khác, trong mổ chúng tôi dựa vào 2 biện pháp: chụp mật trong mổ hay nội soi đường mật trong mổ.

2. Kỹ thuật kiểm soát chảy máu trong mổ

Chảy máu trong mổ cắt gan là biến chứng nguy hiểm nhất, là nguyên nhân chuyển mổ mở của hầu hết các PTNSCG [7] và cũng là điểm hạn chế sự phát triển của PTNSCG, đặc biệt những thương tổn trên nền gan xơ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã loại những trường hợp chuyển mổ mở của PTNSCG vì trong giai đoạn đầu áp dụng kỹ thuật nên các trường hợp đó được coi là sau chỉ định của PTNSCG. Tuy nhiên đây cũng không phải là điểm khó khăn nhất và trở ngại cho PTNSCG, chỉ có 3/22 trường hợp có chảy máu phải truyền máu trong mổ, tất cả trường hợp còn lại số lượng máu mất trong mổ < 300ml không phải truyền máu. Để giải quyết khó khăn này, đã có nhiều biện pháp được đề ra:

- Theo kinh nghiệm của Buel-2006 [4] qua 100 trường hợp PTNSCG: sử dụng kỹ thuật bàn tay trợ giúp (Hand Assited Laparoscopic); siêu âm trong mổ để xác định những mạch máu lớn cần tránh; cắt gan bằng dao siêu âm, kẹp cắt các mạch lớn bằng dụng cụ khâu nối máy (stapler), sau mổ phủ diện cắt bằng keo sinh học.

- Gigot-2002 [7] tổng kết 37 BN PTCGNS điều trị HCC của 11 trung tâm ở châu Âu: Kiểm soát toàn bộ mạch máu gan trước khi cắt gan, có thể toàn bộ cuống gan (nghiệm pháp Pringer) hay từng thành phần cuống gan và tĩnh mạch gan giống kỹ thuật cắt gan kinh điển.

- Machado-2005 [9] sử dụng nghiệm pháp Makuuchi để cắt nửa cuống gan cho 2 trường hợp PTNSCG phải và trái. Việc cắt $\frac{1}{2}$ cuống gan làm giảm lượng máu cho nhu mô gan và dễ dàng cho quá trình cầm máu. Nếu cắt toàn bộ cuống gan sẽ có ảnh hưởng đến tuần hoàn chung: Áp lực động mạch tăng 21%, cản trở tĩnh mạch tăng 48%, lượng máu ra khỏi tim giảm 17%, giống như tình trạng suy tim mãn. Nếu người khỏe mạnh thì có thể chịu đựng được những rối loạn này, tuy nhiên thực nghiệm trên lợn cho thấy có thể gây ra những ảnh hưởng trầm trọng đến huyết động. Nghiệm pháp cắt $\frac{1}{2}$ cuống gan rất dễ thực hiện, có hiệu quả rõ rệt (giảm lượng máu đến phần gan chi phối) và an toàn do vẫn có $\frac{1}{2}$ gan còn lại nhận máu từ hệ thống cửa.

Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ kiểm soát cuống gan trong 1 trường hợp cắt gan trái, các trường hợp còn lại không phải kẹp cuống gan (1/2 hay toàn bộ), tuy nhiên trong kỹ thuật chúng tôi luôn chuẩn bị 1 sonde nelaton luồn qua toàn bộ cuống gan hoặc clamp mạch máu trong trường hợp chảy máu nhiều. 100% trường hợp sử dụng dao siêu âm để cắt gan. Những trường hợp đầu khi thực hiện PTNSCG chúng tôi sử dụng stapler để cắt các mạch máu lớn (cuống gan, tĩnh mạch gan), giai đoạn sau

khâu buộc các mạch lớn bằng kim chỉ thường trong cơ thể. Có 9/22 trường hợp 40,9% chúng tôi có mổ nhỏ 1 đường ở vị trí cắt gan tương ứng, chiều dài từ 5-7cm, vị trí ở đường trắng trên rốn, dưới sườn phải hay trái. Mục đích chính của đường mổ bụng nhỏ này trước tiên là để lấy bệnh phẩm ra khỏi cơ thể, qua đường mổ này có thể dễ dàng kiểm soát chảy diện cắt gan: khâu cầm máu, khâu tăng cường. Cherqui [5] thấy rằng mổ nội soi thường phải rạch 8cm để lấy bệnh phẩm và đóng lại ngay, không bị co kéo nhiều trong cả cuộc mổ, còn mổ mở cắt gan tối thiểu phải rạch 15cm (đường trắng giữa trên rốn) và chịu lực co kéo căng trong suốt cuộc mổ, trương lực cơ thành bụng sẽ bị ảnh hưởng nhiều hơn dẫn đến khả năng hồi phục của bn sau mổ ở nhóm mổ mở sẽ chậm hơn nhóm PTNSCG.

3. Kết quả PTNSCG trong điều trị tổn thương ác tính tại gan:

7/22 trường hợp trong nghiên cứu này là tổn thương ác tính tại gan: 1 trường hợp ung thư đường mật và 6 trường hợp HCC. Theo dõi xa: 1 trường hợp HCC tái phát sau 6 tháng, khi mổ lại di căn toàn bộ gan còn lại và phúc mạc; 2 trường hợp tái phát tại gan; 1 trường hợp tái phát tại hạch thân tạng.

Các tác giả châu Âu tổng kết 37 trường hợp tổn thương ác tính (nguyên phát và di căn từ ung thư đại trực tràng) theo dõi trung bình 14 tháng, kết quả: tỷ lệ sống thêm sau 1-2 năm là 80% - 68% đối với HCC; tỷ lệ không tái phát sau 2 năm là 40% đối với HCC và 53% đối với di căn gan [7]. Kaneko [8] so sánh kết quả xa của 58 trường hợp HCC chia 2 nhóm PTNSCG (30bn) và mổ

mở (28bn) có cùng tiêu chuẩn bệnh lý, cùng thời điểm nghiên cứu (1993-2003) cho thấy: không có trường hợp nào di căn hay tái phát tại các lỗ trocar; tỷ lệ sống sau 5 năm là 61% ở nhóm PTNSCG và 62% ở nhóm mổ mở; tỷ lệ không tái phát sau 5 năm là 31% ở nhóm PTNSCG và 29% ở nhóm mổ mở. Gần đây nhất có thông báo của Duclucq [6] lần đầu tiên thực hiện thành công 2 trường hợp cắt hpt 1 nội soi ở BN di căn do ung thư đại tràng, không có tái phát sau 7 tháng và 5 tháng. Ưu điểm của PTNSCG đã được khẳng định đối với những trường hợp HCC trên nền gan xơ: phẫu thuật tối thiểu, đạt tính triệt căn, hậu phẫu nhẹ nhàng, chất lượng cuộc sống tốt hơn mổ mở và đặc biệt có thể thực hiện nhiều lần. Vibert [11] cho rằng PTNSCG lý tưởng cho những bn HCC trên nền xơ gan đang đợi ghép gan và có thể chính kết quả của PTNSCG ở những đối tượng này sẽ làm thay đổi chỉ định ghép gan.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt gan bước đầu được áp dụng tại bệnh viện Việt Đức chứng minh được tính khả thi và an toàn của phẫu thuật, chỉ định cho các trường hợp u lành tính, apxe gan đường mật do sỏi, thận trọng đối với những tổn thương ác tính và cần được theo dõi đánh giá kết quả xa sau mổ. Kỹ thuật mở bụng nhỏ cho phép dễ dàng kiểm soát chảy máu từ diện cắt gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Kim Sơn, Đỗ Tuấn Anh, Nguyễn Quang Nghĩa và cộng sự (2005).** "Phẫu thuật cắt

gan nội soi: Nhân 2 trường hợp đầu tiên tại Việt nam". Ngoại khoa 1: 42-49.

2. **Đỗ Tuấn Anh, Nguyễn Quang Nghĩa (2005).** "Chỉ định và kỹ thuật cắt gan nội soi". Y học Việt nam
3. **Đỗ Tuấn Anh, Trần Bình Giang, Nguyễn Quang Nghĩa, Đỗ Kim Sơn (2006).** "Phẫu thuật cắt gan nội soi: 16 trường hợp tại bệnh viện Việt Đức". Y học Việt nam.
4. **J.F. Bruell, A.J. Koffron, M. J. Thomas et al (2005).** "Laparoscopic Liver Resection". J Am Coll Surg, Vol 200, No 3: 472-480.
5. **D. Cherqui (2003).** "Laparoscopic liver resection". Br J Surg; 90: 644-646.
6. **Jean-Louis Duclucq, Pascal Wintringer, Cesare Stabilini et al (2006).** "Isolated laparoscopic resection of the hepatic caudate lobe: surgical technique and a report of 2 cases". Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, Vol 16, No1: 32-35.
7. **Jean-Francois Gigot, David Glineur, Juan Santiago Azaga et al (2002).** "Laparoscopic liver resection for malignant liver tumors". Ann Surg, Vol 236, No 1: 90-97.
8. **H. Kaneko, S. Takagi, Y. Outsuka et al (2005).** "Laparoscopic liver resection of hepatocellular carcinoma". The Am J Surg, 189: 190-194.
9. **M. A. C. Machado, F. F. Makdissi, T. Bacchella et al (2005).** "Hemihepatic ischemia for laparoscopic liver resection". Surg Laparosc Endosc Percuta Tech, Vol 15, No 3: 180-183.
10. **A. Patrìtti, L. Graziosi, A. Sanna et al (2005).** "Laparoscopic treatment of liver hemangioma". Surg Laparosc Endosc Percuta Tech, Vol 15, No 6: 359-362.
11. **E. Vibert, T. Perniceni, C. Denet et al (2006).** "Laparoscopic liver resection". Br J Surg; 93" 67-72.