

KẾT QUẢ CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Khánh Vân¹, Nguyễn Xuân Hòa¹
Phạm Thúy Hằng¹, Nguyễn Văn Quỳnh², Lê Trung Hiếu^{3*}

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 73 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị UTBMTBG tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 8/2022 - 8/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $63,1 \pm 17,5$; 72,6% là nam giới. Tỷ lệ mắc viêm gan virus (B hoặc C) là 65,8%. Nồng độ AFP tăng chiếm 63,0%. Số lượng u trung bình là $1,3 \pm 0,3$. Kích thước khối u trung bình là $4,3 \pm 1,4$ cm. 87,7% BN cắt 2 phân thùy gan trở lên. Thời gian phẫu thuật trung bình là $253,2 \pm 58,3$ phút, lượng máu mất trong mổ là $215,6 \pm 72,3$ mL. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $12,2 \pm 5,6$ ngày. Biến chứng sau mổ (23,3%) bao gồm suy gan (1,4%), chảy máu (2,7%), rò mật (2,7%), nhiễm trùng vết mổ (6,8%), viêm phổi (1,4%), tràn dịch màng phổi (9,5%). **Kết luận:** Cắt gan theo giải phẫu điều trị UTBMTBG là an toàn và khả thi. Cần theo dõi và đánh giá kết quả xa của BN.

Từ khóa: Cắt gan theo giải phẫu; Ung thư biểu mô tế bào gan; Viêm gan virus B.

RESULTS OF HEPATECTOMY FOR THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT THONG NHAT HOSPITAL

Abstract

Objectives: To evaluate the early results of anatomical hepatectomy in treating hepatocellular carcinoma. **Methods:** A retrospective, descriptive study was conducted on 73 cases who underwent anatomical hepatectomy to treat hepatocellular carcinoma at Thong Nhat Hospital from August 2022 to August 2024. **Result:** The average age was 63.1 ± 17.5 years old, 72.6% were males. The incidence of viral hepatitis (B or C) was 65.8%. Increased AFP concentration accounted for 63.0%. The average number of tumors

¹Khoa Ngoại Gan Mật, Bệnh viện Thống Nhất

²Đơn vị Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 175

³Trung tâm Ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

*Tác giả liên hệ: Lê Trung Hiếu (liversurg108@gmail.com)

Ngày nhận bài: 06/02/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 29/5/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i6.1204>

was 1.3 ± 0.3 . The average tumor size was $4.3 \pm 1.4\text{cm}$. 87.7% of patients had two or more liver segments removed. The mean operation time was 253.2 ± 58.3 minutes; the mean blood loss was $215.6 \pm 72.3\text{mL}$. The average length of postoperative hospital stay was 12.2 ± 5.6 days. Postoperative complications (23.3%) included liver failure (1.4%), bleeding (2.7%), bile leak (2.7%), surgical wound infection (6.8%), pneumonia (1.4%), and pleural effusion (9.5%). **Conclusion:** Anatomical hepatectomy for the treatment of hepatocellular carcinoma is safe and feasible. It is necessary to monitor and evaluate the long-term outcomes of patients.

Keywords: Anatomical hepatectomy; Hepatocellular carcinoma; Hepatitis B.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan là bệnh thường gặp hiện nay. Năm 2018, trên thế giới ước tính có khoảng 841.080 ca mắc mới và 781.631 người chết vì căn bệnh này [1]. Việt Nam là quốc gia có tỷ lệ mắc UTBMTBG cao do liên quan đến tình trạng nhiễm virus viêm gan B, C và uống rượu bia nhiều.

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị UTBMTBG được áp dụng như đốt nhiệt, đốt vi sóng, phẫu thuật cắt gan, ghép gan, nút mạch... Trong đó, phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp điều trị triệt căn hiệu quả nhất với những trường hợp UTBMTBG ở giai đoạn sớm.

Phẫu thuật cắt gan được chia thành cắt gan điển hình và không điển hình. Cắt gan điển hình là cắt gan theo giải phẫu, có kiểm soát cuống theo một trong các phương pháp như Lotart-Jacob, Takasaki... Trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về cắt gan theo giải phẫu điều trị UTBMTBG và hầu hết các tác giả đều nhận định rằng, phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu có thể hạn chế nguy cơ tái phát, giúp kéo dài

thời gian sống, hạn chế tổn thương mạch máu và đường mật của phần gan còn lại, tỷ lệ chảy máu trong mổ và rò mật sau mổ thấp...

Tại Bệnh viện Thống Nhất, phẫu thuật cắt gan, đặc biệt là cắt gan theo giải phẫu điều trị UTBMTBG đã được triển khai thường quy vài năm trở lại đây, tuy nhiên chưa được nghiên cứu và đánh giá kết quả. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị UTBMTBG tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 8/2022 - 8/2024.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 73 BN được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị UTBMTBG tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 8/2022 - 8/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN chưa có di căn ngoài gan; chức năng gan Child-Pugh A/B, còn có thể phẫu thuật cắt gan được; u gan một khối hoặc nhiều khối

nhưng còn khu trú, không giới hạn kích thước; khối u chưa xâm lấn mạch máu lớn; thể tích gan còn lại $\geq 40\%$ thể tích gan chuẩn; kết quả mô bệnh học sau mổ là UTBMTBG.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN không hợp tác nghiên cứu; xét nghiệm giải phẫu bệnh sau mổ không phải UTBMTBG.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

* *Tiêu chuẩn chọn cỡ mẫu*: 73 BN có hồ sơ bệnh án và ghi chép đầy đủ.

* *Quy trình nghiên cứu*:

- Tư thế BN và phẫu thuật viên: BN nằm ngửa, hai tay dạng, hai chân khép, phẫu thuật viên đứng bên phải, phụ mổ đứng bên trái.

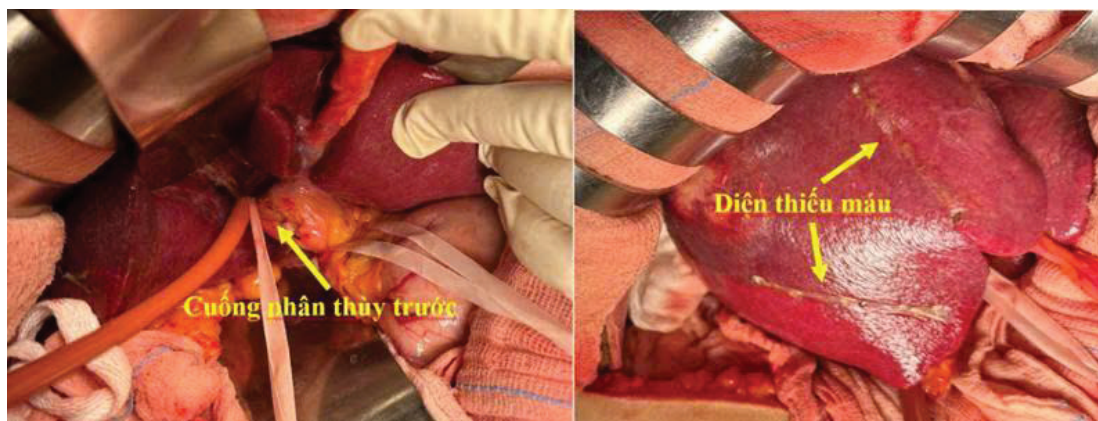
- Các thì phẫu thuật:

Bước 1 (mở bụng): Mở bụng theo đường chữ J bên phải hoặc đường trắng giữa trên rốn (với BN cắt thùy gan trái).

Bước 2 (kiểm tra ổ bụng): Đánh giá tình trạng ổ bụng và nhu mô gan, các khối u (vị trí, kích thước, số lượng). Các tổ chức, các hạch nghi ngờ sẽ được lấy để làm sinh thiết lạnh.

Bước 3 (di động gan): Cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác, dây chằng vành, dây chằng gan tá tràng... Thắt các tĩnh mạch gan gần, gan phụ để giải phóng gan khỏi tĩnh mạch chủ. Nếu u dính vào cơ hoành có thể cắt cơ hoành sau đó khâu phục hồi lại.

Bước 4 (kiểm soát, phẫu tích cuống Glisson): Cắt túi mật (trừ cắt thùy gan trái). Làm thủ thuật Pringle; phẫu tích vào rốn gan kiểm soát cuống Glisson theo mục đích phẫu thuật.



Hình 1. Phẫu thuật kẹp cuống gan và đánh dấu mặt cắt gan.

Bước 5 (cắt gan): Kẹp các cuống Glisson đã phẫu tích để thấy ranh giới thiếu máu. Đánh dấu diện cắt gan bằng dao điện theo ranh giới thiếu máu. Cắt

nhu mô gan bằng dao siêu âm hoặc CUSA. Kẹp và cắt các nhánh mạch máu trong nhu mô gan. Trong quá trình cắt nhu mô gan, thực hiện kẹp cuống gan

toàn bộ ngắt quãng, thời gian kẹp 15 phút, giữa các lần kẹp nghỉ 5 phút. Sau khi cắt nhu mô gan xong, cuống gan và tĩnh mạch gan được bộc lộ rõ, tiến hành cắt cuống gan và tĩnh mạch gan. Cầm máu điện cắt gan. Kiểm tra rò mật và che phủ điện cắt gan.

Bước 6: Lau rửa ổ bụng, dẫn lưu, đóng bụng.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu*: Tuổi, giới tính, viêm gan virus, cắt gan lớn, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, biến chứng.

* *Xử lý số liệu*: Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Khoa Ngoại Gan Mật, Bệnh viện Thống Nhất. Số liệu được Khoa Ngoại Gan Mật, Bệnh viện Thống Nhất cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột về lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

73 BN UTBMTBG được điều trị triệt căn bằng phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu tại Bệnh viện Thống Nhất. Tất cả các BN đều mổ mở cho kết quả sau:

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

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (tuổi)	66,1 ± 17,5 (36 - 83)	
Giới tính		
Nam	53	72,6
Nữ	20	27,4
Tỷ lệ mắc viêm gan		
Viêm gan B	37	50,7
Viêm gan C	9	12,3
Viêm gan B + C	2	2,7
Nồng độ AFP trước phẫu thuật		
< 5	27	37,0
5 - 400	31	42,5
> 400	15	20,5
Đặc điểm u trước phẫu thuật		
Số lượng u	1,3 ± 0,3 u	
Kích thước u	4,3 ± 1,4cm	

Tuổi trung bình của BN là 66,1 ± 17,5. Giới tính nam chiếm đa số (72,6%). Tỷ lệ mắc viêm gan virus chung là 65,8%, trong đó mắc viêm gan B đơn thuần chiếm

tỷ lệ cao nhất (50,7%). Nồng độ AFP huyết thanh thuộc nhóm 5 - 400 ng/mL chiếm 2,5%. Tỷ lệ tăng AFP nói chung là 63,0%. Số lượng khối u trung bình là $1,8 \pm 0,3$ u và kích thước khối u trung bình là $4,3 \pm 1,4$ cm.

Bảng 2. Kết quả trong mổ.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số hạ phân thùy được cắt		
1	9	12,3
2	41	56,2
≥ 3	23	31,5
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	$253,2 \pm 58,3$ (155 - 370)	
Lượng máu mất trung bình (mL)	$215,6 \pm 72,3$ (100 - 550)	

Đa số BN trong nghiên cứu được phẫu thuật cắt 2 hạ phân thùy (56,2%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $253,2 \pm 58,3$ phút. Lượng máu mất trung bình trong mổ là $215,6 \pm 72,3$ mL.

Bảng 3. Kết quả sau mổ.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng sau mổ (xử trí)	17	23,3
Suy gan (điều trị nội)	1	1,4
Chảy máu (điều trị nội)	1	1,4
Rò mật (chọc dẫn lưu)	2	2,8
Nhiễm trùng vết mổ (kháng sinh, thay băng)	5	6,8
Tràn dịch màng phổi (điều trị nội)	7	9,5
Viêm phổi (điều trị nội)	1	1,4
Thời gian nằm viện (ngày)		
7	2	2,7
7 - 14	56	76,7
> 14	15	20,6

Tỷ lệ biến chứng sau mổ chiếm 23,3%. Hầu hết được điều trị nội khoa ổn định. Thời gian nằm viện chủ yếu từ 7 - 14 ngày, trung bình là $12,2 \pm 5,6$ ngày, xuất viện sớm nhất là 7 ngày, muộn nhất là 25 ngày do nhiễm trùng vết mổ và viêm phổi.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $66,1 \pm 17,5$, nhỏ nhất là 36 tuổi và lớn nhất là 83 tuổi. Độ tuổi này cao hơn so với các nghiên cứu trong nước khác như Vũ Văn Quang là $52,16 \pm 11,06$ tuổi [2], Lê Văn Thành là 57,17 tuổi [3]. Sở dĩ độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn bởi Bệnh viện Thống Nhất là bệnh viện lão khoa, với độ tuổi trung bình khám và chữa bệnh cao hơn trong khu vực.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh ở BN nam nhiều hơn BN nữ là 2,7/1 tương đương với nghiên cứu của Chia-Yen Dai [4], nhiều nghiên cứu cũng thống nhất nam giới mắc UTBMTBG nhiều hơn nữ giới liên quan đến viêm gan và xơ gan do rượu, chất kích thích.

Tỷ lệ mắc viêm gan virus B, C trong UTBMTBG khá cao (65,8%), các nghiên cứu đã xác định được mối liên quan giữa nhiễm HBV và sự phát triển của UTBMTBG, với nguy cơ cao gấp 200 lần so với những người không bị nhiễm [5], do đó, BN viêm gan nói chung cần được khám sức khỏe định kỳ, tầm soát siêu âm và xét nghiệm AFP để phát hiện sớm UTBMTBG.

Nồng độ AFP trong nghiên cứu tăng ở 63,0% BN, nghiên cứu của nhiều tác giả cũng có kết quả tương tự. AFP tăng là một trong những yếu tố tiên lượng mức độ ác tính của khối u, cũng có giá

trị trong chẩn đoán UTBMTBG. Hiện nay, chẩn đoán hình ảnh là phương tiện có giá trị nhất trong chẩn đoán UTBMTBG.

Số lượng khối u trung bình của nghiên cứu là $1,3 \pm 0,3$ u. Việc chọn lọc các tiêu chí để phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó có số lượng khối u gan. Tuy nhiên, chỉ < 30% BN đủ điều kiện cắt gan do UTBMTBG đa ổ trên nền bệnh gan mạn tính [6].

Trong nghiên cứu, kích thước trung bình của khối u là $4,3 \pm 1,4$ cm. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng kích thước của khối u không phải là chống chỉ định cho việc phẫu thuật cắt gan. Với lựa chọn phù hợp, kỹ thuật an toàn và chăm sóc tốt sau mổ, có thể đạt được kết quả thỏa đáng [7]. Ngoài ra, kích thước khối u ≥ 5 cm là yếu tố nguy cơ tái phát sớm bên cạnh nguy cơ tử vong cao [4]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đề cập tới kết quả sớm mà chưa đề cập kết quả lâu dài của phẫu thuật nên việc tiên lượng cần được nghiên cứu thêm về sau.

2. Kết quả trong mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là cắt gan 2 hạ phân thùy (56,2%), cắt gan lớn (≥ 3 hạ phân thùy, 31,5%), cắt 1 hạ phân thùy (12,3%). Nghiên cứu thực hiện nhiều nhất là cắt 4 hạ phân thùy trong BN cắt gan phải. Việc cắt gan lớn cần được tính toán kỹ thể tích gan còn lại để đảm bảo về chức năng sống cho BN.

Cũng trong nghiên cứu, thời gian mổ trung bình là $253,2 \pm 58,3$ phút, nhanh nhất là 155 phút, lâu nhất là 370 phút. Chúng tôi nhận thấy thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước khối u, vị trí khối u, độ thành thạo của phẫu thuật viên và trang thiết bị dụng cụ phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của Vũ Văn Quang là $118,31 \pm 38,84$ phút [2], bởi trong thời gian đầu mới triển khai, kỹ thuật, phương tiện và dụng cụ của chúng tôi chưa đầy đủ, kinh nghiệm chưa nhiều.

Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật của nghiên cứu là $215,6 \pm 72,3$ mL, ít nhất là 100 mL, nhiều nhất là 550 mL, cũng gần tương đồng với tác giả Vũ Văn Quang là $238,96 \pm 206,71$ [2], chúng tôi nhận thấy việc kiểm soát CVP tốt < 4 cmH₂O sẽ làm giảm đáng kể lượng máu mất khi cắt nhu mô. Tham số “mất máu” đóng vai trò trung tâm trong phẫu thuật cắt gan và các chiến lược khác nhau được đề ra để giảm thiểu tình trạng này là chìa khóa để giảm thiểu các biến chứng. Chảy máu cần được coi là mối quan tâm chính đối của bác sĩ phẫu thuật gan vì đây chắc chắn là tai biến phẫu thuật chính, là nguyên nhân gây tử vong và là một trong những nguyên nhân gây biến chứng sau phẫu thuật như rò mật và suy gan [8].

3. Kết quả sau mổ

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 23,3%, hầu hết các ca đều có biến chứng nhẹ chỉ cần điều trị nội khoa. Có 1 ca chảy máu và 2 ca rò mật sau mổ, điều trị nội khoa cầm máu và chọc dẫn lưu mà không cần can thiệp ngoại khoa lại. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận tử vong lúc nằm viện. Biến chứng sau phẫu thuật phụ thuộc vào sự tỉ mỉ của phẫu thuật viên, lượng máu mất, cắt gan lớn hay nhỏ, chăm sóc sau mổ...

Nhiều tác giả cũng nhận thấy các biến chứng phổ biến thường gặp là tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ và rò mật. Suy gan là biến chứng rất nặng nề, đánh giá chức năng gan trước mổ, tính toán phần chức năng gan còn lại là yếu tố quan trọng để phòng ngừa suy gan sau mổ. Tỷ lệ suy gan sau mổ dao động từ 1,2 - 8,0% [9, 10].

Thời gian nằm viện trong nghiên cứu chủ yếu là từ 7 - 14 ngày, trung bình là $12,2 \pm 5,6$ ngày, xuất viện sớm nhất là 7 ngày, muộn nhất là 25 ngày do nhiễm trùng vết mổ và viêm phổi. Thời gian nằm viện sau mổ phụ thuộc vào các biến chứng sau mổ, sự phục hồi của từng BN.

Do độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, BN thường có bệnh nền đi kèm nên việc tầm soát các yếu tố nguy cơ trước mổ, giảm đau tốt và vận động đi lại sớm sau mổ là rất quan trọng nhằm giảm các biến chứng như nhiễm trùng và viêm phổi.

KẾT LUẬN

Cắt gan theo giải phẫu điều trị UTBMTBG là an toàn và khả thi. Cần thêm nghiên cứu để theo dõi và đánh giá kết quả xa của BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rajesh Sharma. Descriptive epidemiology of incidence and mortality of primary liver cancer in 185 countries: Evidence from GLOBOCAN 2018. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2020; 50:1370-1379.
2. Vũ Văn Quang. 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. Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược học lâm sàng 108. 2018.
3. Lê Văn Thành. Kết quả cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 526:234-238.
4. Chia-Yen Dai. Impact of tumor size on the prognosis of hepatocellular carcinoma in patients who underwent liver resection. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2018; 81:155-163.
5. HB ES. Hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med*. 2011; 365:1118-1127.
6. Davila JA. Hepatitis C infection and the increasing incidence of hepatocellular carcinoma: A population-based study. *Gastroenterology*. 2004; 127:1372-1380.
7. Ahmed Shehta. Impact of tumor size on the outcomes of hepatic resection for hepatocellular carcinoma: A retrospective study. *BMC Surgery*. 2024; 24.
8. Fabrizio Romano. Bleeding in Hepatic Surgery: Sorting through. *HPB Surgery*. 2012; 12:12.
9. H-W Xu. Outcomes following laparoscopic versus open major hepatectomy for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: A propensity score-matched analysis. *Surgical Endoscopy*. 2017; 32:712-719.
10. Takahara. Comparison of laparoscopic major hepatectomy with propensity score matched open cases from the National Clinical Database in Japan. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Science*. 2016; 23:721-734.