

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT GAN TRUNG TÂM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Vũ Văn Quang¹, Phạm Nguyễn Như Phương²
Lê Trung Hiếu^{3*}, Nguyễn Văn Quỳnh⁴

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan trung tâm trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (hepatocellular carcinoma - HCC). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 33 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật từ tháng 01/2020 - 01/2025 tại Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện Trung ương Quân đội (TUQĐ) 108. **Kết quả:** Tỷ lệ mổ mở/nội soi là 2,67/1. Thời gian phẫu thuật trung bình là $189,1 \pm 62,9$ phút; thời gian cắt nhu mô là $62,7 \pm 18,8$ phút. Mất máu trung bình là $256,7 \pm 119,3$ mL; không cần truyền máu trong mổ. Tỷ lệ diện cắt âm tính (R0) là 100%. Biến chứng gồm rò mật (9%), suy gan (6%), tụ dịch (6%); biến chứng độ 3 Clavien-Dindo chiếm 12%. Thời gian nằm viện trung bình là $7,8 \pm 2,0$ ngày. Không có tử vong trong 30 ngày sau mổ. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) trung bình là $45,2 \pm 5,7$ tháng; thời gian sống thêm không bệnh (DFS) là $36,4 \pm 6,0$ tháng. Tỷ lệ sống sau 1 và 3 năm lần lượt là 93,3% và 62,8%. **Kết luận:** Cắt gan trung tâm là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, góp phần cải thiện tiên lượng sống ở BN ung thư gan vùng trung tâm.

Từ khóa: Cắt gan; Cắt gan trung tâm; Ung thư biểu mô tế bào gan.

OUTCOMES OF CENTRAL HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Abstract

Objectives: To evaluate the outcomes of central hepatectomy for hepatocellular carcinoma (HCC). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 33 patients who underwent central hepatectomy from January 2020 to January 2025 at the Department of Hepatobiliary - Pancreas Surgery, 108 Military Central Hospital.

¹Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Viện Khoa học Sức khỏe, Đại học VinUni

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

⁴Đơn vị Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 175

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

Ngày nhận bài: 4/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 16/10/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i9.1491>

Results: The open/laparoscopic surgery ratio was 2.67/1. The mean operative time was 189.1 ± 62.9 minutes, with a parenchymal transection time of 62.7 ± 18.8 minutes. The average blood loss was 256.7 ± 119.3 mL, with no intraoperative blood transfusion required. The R0 resection rate was 100%. Common complications included bile leakage (9%), liver failure (6%), and fluid collection (6%), Clavien-Dindo grade 3 complications accounted for 12%. The mean postoperative hospital stay was 7.8 ± 2.0 days. No 30-day postoperative mortality was observed. The mean overall survival (OS) time was 45.2 ± 5.7 months, and disease-free survival (DFS) time was 36.4 ± 6.0 months. The 1-year and 3-year overall survival rates were 93.3% and 62.8%, respectively. **Conclusion:** Central hepatectomy is a safe and effective surgical approach that improves survival outcomes in patients with centrally located HCC.

Keywords: Hepatectomy; Central hepatectomy; Hepatocellular carcinoma.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị chính cho BN HCC có chức năng gan được bảo tồn. Tuy nhiên, lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật tối ưu vẫn cần bàn luận, đặc biệt khi khối u nằm ở vùng gan trung tâm khiến việc quyết định cắt gan trở nên phức tạp hơn. Cắt gan trung tâm (hạ phân thùy 4, 5, 8 ± 1) đang nổi lên như một kỹ thuật giúp loại bỏ triệt để u ác tính ở vùng gan trung tâm với nhiều ưu điểm so với cắt gan trái hoặc phải mở rộng như giảm mất máu, rút ngắn thời gian mổ, giảm tỷ lệ suy gan, nhiễm trùng vết mổ và đạt kết quả tương đương về mặt lâm sàng [1].

Hai yếu tố then chốt phẫu thuật u gan trung tâm là thể tích (V) gan còn lại (future remnant liver - FRL) và diện cắt bỏ an toàn. Bảo tồn tối đa nhu mô gan giúp giảm suy gan sau mổ và tạo điều kiện cho phẫu thuật lại khi tái phát. Diện cắt tối ưu thường được đề xuất > 1 cm,

tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy diện cắt 0,5cm hoặc sát u vẫn có thể mang lại kết quả tốt [2]. Cắt gan trung tâm ít được triển khai do nguồn bệnh hạn chế và kỹ thuật phức tạp, đặc biệt trong việc bảo tồn tĩnh mạch gan phải, cuống gan phân thùy sau và kiểm soát chảy máu vùng rốn gan [3]. Tuy vậy, các nghiên cứu đa trung tâm vẫn khẳng định tính ưu việt của kỹ thuật này [1, 3].

Hiện nay, tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về phẫu thuật cắt gan trung tâm còn hạn chế, chủ yếu xuất hiện như một nhóm nhỏ trong các nghiên cứu tổng quát về phẫu thuật gan. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, đánh giá kết quả phẫu thuật cũng như hiệu quả điều trị ngắn hạn và dài hạn ở nhóm BN HCC được cắt gan trung tâm tại Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện TƯQĐ 108.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 33 BN được phẫu thuật cắt gan trung tâm do HCC, bao gồm cả mổ mở và nội soi.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: U đơn độc hoặc nhiều khối u nhưng khu trú vùng gan trung tâm, không hạn chế kích thước, chưa xâm lấn mạch máu lớn, chưa có di căn xa; nhu mô gan còn lại lành hoặc xơ nhẹ (Child A), không có tăng áp lực tĩnh mạch cửa; V gan còn lại $\geq 40\%$ V gan lành toàn bộ hoặc tỷ lệ gan còn lại/trọng lượng cơ thể $\geq 0,8\%$; chỉ định cắt gan nội soi là u gan kích thước nhỏ ($< 7\text{cm}$), chưa từng phẫu thuật ổ bụng trước đây.

* *Địa điểm và thời gian nghiên cứu*: Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện TUQĐ 108, từ tháng 01/2020 - 01/2025.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* *Cỡ mẫu và chọn mẫu*: Thuận tiện.

* *Quy trình kỹ thuật*:

BN được gây mê nội khí quản, mở bụng bằng đường chữ J hoặc đặt 5 trocar nội soi bơm khí CO_2 (10 - 12mmHg). Đánh giá tình trạng ổ bụng, gan, khối u và hạch, có thể sinh thiết tức thì. Sau khi loại trừ di căn, gan được di động bằng cách cắt các dây chằng. Tiếp theo, cắt túi mật và phẫu tích cuống gan hạ phân thùy 4. Cuống Glisson phân thùy trước được bộc lộ và kiểm soát (nằm $\approx 1\text{cm}$

bên phải giường túi mật). Thực hiện thủ thuật Pringle chờ kẹp cuống gan.

Cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng: Diện cắt phải nằm bên trái tĩnh mạch gan phải, diện cắt trái dọc theo rãnh dây chằng tròn. Đánh dấu và cắt nhu mô gan theo đường thiếu máu bằng dao siêu âm và CUSA, duy trì áp lực tĩnh mạch trung tâm $< 5\text{mmHg}$. Tĩnh mạch gan giữa và cuống phân thùy trước được khâu hoặc dùng Stapler. Diện cắt được cầm máu, phủ Surgicel, đặt gạc. Kết thúc bằng lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu (nếu cần) và đóng bụng theo lớp.

* *Các chỉ tiêu nghiên cứu*: Đặc điểm BN trước phẫu thuật, chi tiết phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật được phân loại theo Clavien-Dindo. Kết quả cắt lớp vi tính (CLVT) trước mổ, giải phẫu bệnh sau mổ. Đánh giá tình trạng tái phát và tử vong dựa trên lịch sử tái khám và thông qua gọi điện thoại cho BN hoặc người nhà theo dõi cho đến tháng 02/2025.

* *Thu thập và xử lý số liệu*: Các số liệu được thu thập, xử lý và sắp xếp bằng phần mềm SPSS 26.0. Thời gian sống thêm và thời gian tái phát được tính theo phương pháp Kaplan-Meier.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện TUQĐ 108. Số liệu nghiên cứu được Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện TUQĐ 108 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2020 - 01/2025 có 33 BN được phẫu thuật cắt gan trung tâm tại Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện TƯQĐ 108, trong đó 24 BN mổ mở và 9 BN phẫu thuật nội soi (2,67/1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (năm)	58,09 ± 9,26 (38 - 75)	
Giới tính		
Nam	27	81,8
Nữ	6	18,2
BMI (kg/m ²)	22,25 ± 2,45 (18,43 - 27,97)	
Nhiễm HBV	28	84,8
Nhiễm HCV	3	9,1
Kích thước u (mm)	62,27 ± 29,75 (18 - 135)	
Tính chất u (cm)		
Đơn độc < 3	2	6,1
Đơn độc 3 - 5	6	18,2
Đơn độc > 5	16	48,5
1 - 3 u, < 3	0	0
1 - 5 u, > 3	9	27,3
Tỷ lệ V gan còn lại (%)	54,24 ± 7,69 (41 - 71)	
Bilirubin TP (μmol/L)	15,29 ± 6,27 (6 - 35)	
PT (%)	96,22 ± 11,64 (72 - 129)	
AST (U/L)	80,07 ± 178,60 (14 - 1062)	
ALT (U/L)	92,86 ± 261,61 (16 - 1539)	
Tiểu cầu (G/L)	192,36 ± 55,72 (110 - 317)	
AFP		
< 20	15	45,5
20 - 400	9	27,3
> 400	9	27,3

Tuổi trung bình của BN là 58,09 ± 9,26. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (81,8%). Tỷ lệ nhiễm HBV chiếm 84,8%. Kích thước u trên CLVT là 62,27 ± 29,75mm. U đơn độc > 50mm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,5%). Tỷ lệ gan còn lại trung bình 54,24 ± 7,69%. Men gan AST/ALT rất dao động, độ lệch chuẩn lớn. AFP < 20 ng/mL chiếm tỷ lệ cao nhất (45,5%).

Bảng 2. Kết quả trong mổ.

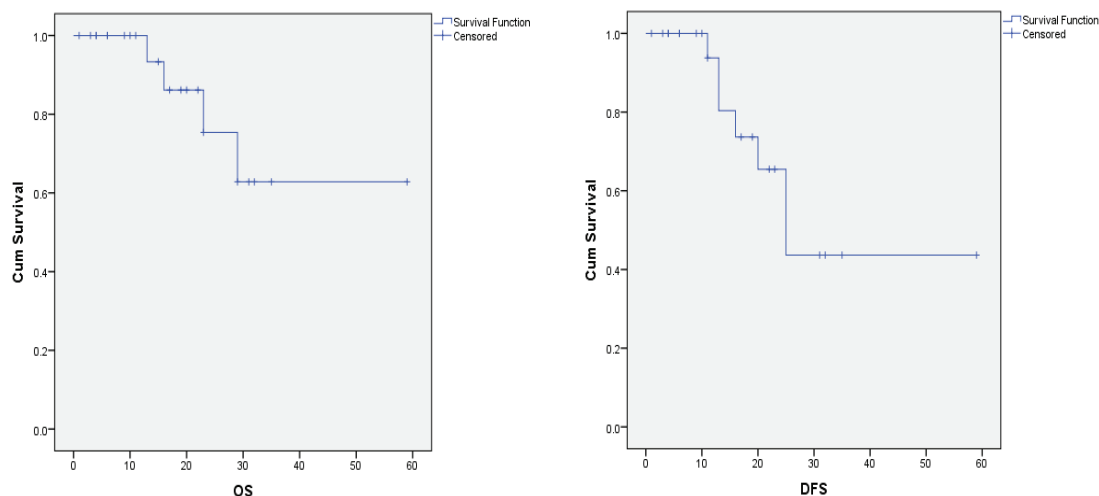
Chỉ tiêu nghiên cứu	Giá trị
Mổ mở/nội soi	2,67/1
Thời gian phẫu thuật (phút)	189,09 ± 62,93 (90 - 330)
Thời gian cắt nhu mô (phút)	62,73 ± 18,75 (30 - 100)
Số lần kẹp cuống (lần)	3,58 ± 1,00 (2 - 6)
Lượng máu mất (mL)	256,67 ± 119,34 (60 - 600)
Truyền máu trong mổ (mL)	0
Đặt dẫn lưu diện cắt, n (%)	16 (48,5)
Tai biến trong mổ: Tồn thương cuống HPT 6, n (%)	2 (6)

Tỷ lệ mổ mở/nội soi là 2,67/1. Thời gian phẫu thuật trung bình là 189,09 ± 62,93 phút, thời gian cắt nhu mô là 62,73 ± 18,75 phút, số lần kẹp cuống trung bình là 3,58 ± 1 lần. Lượng mất máu trung bình là 256,67 ± 119,34mL, không có trường hợp truyền máu trong mổ. Tỷ lệ đặt dẫn lưu diện cắt là 48,5%. Tai biến trong mổ chiếm 6%.

Bảng 3. Kết quả sớm sau mổ.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Diện cắt âm tính (R0)	33	100
Độ biệt hóa của HCC		
Kém	1	3
Vừa	26	78,8
Cao	6	18,2
Biến chứng		
Rò mật	3	9,0
Cổ chướng	1	3,0
Suy gan	2	6,0
Động dịch diện cắt	2	6,0
Nhiễm trùng vết mổ	1	3,0
Toác vết mổ	2	6,0
Phân loại Clavien-Dindo		
1	1	3,0
2	1	3,0
3a	2	6,0
3b	2	6,0
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	7,82 ± 1,96 (4 - 12)	

Tỷ lệ đạt diện cắt âm tính (R0) là 100%. Đa số khối u có độ biệt hóa vừa (78,8%), cao (18,2%) và chỉ 3% biệt hóa kém. Tỷ lệ biến chứng 18%, cao nhất là rò mật chiếm 9%; phân loại Clavien-Dindo gồm độ 3a (6%) và 3b (6%), độ 2 (3%) và độ 1 (3%). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $7,82 \pm 1,96$ ngày.



Hình 1. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và thời gian sống thêm không bệnh (DFS).

Không có trường hợp nào tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ. OS trung bình là $45,2 \pm 5,66$ tháng. DFS trung bình là $36,35 \pm 5,96$ tháng. Tỷ lệ sống sau 1 và 3 năm lần lượt là 93,3% và 62,8%. Tỷ lệ sống không bệnh sau 1 và 3 năm lần lượt là 80,4% và 43,7%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 33 BN được phẫu thuật cắt gan trung tâm điều trị HCC, tuổi trung bình là $58,09 \pm 9,26$ (38 - 75), nam giới chiếm ưu thế (4,5/1). Có 84,8% nhiễm HBV - phù hợp đặc điểm dịch tễ HCC ở Việt Nam và các nước châu Á [4]. Chức năng gan của nhóm nghiên cứu được bảo tồn tốt: Bilirubin toàn phần $15,29 \pm 6,27$ $\mu\text{mol/L}$, PT%:

96,22%, tiểu cầu trung bình là 192,36 G/L. AST/ALT dao động lớn phản ánh tổn thương gan không đồng nhất, có thể do viêm gan hoạt động hoặc xơ gan nền. Kích thước u trung bình là 62,27mm. Có 48,5% là u đơn độc > 5 cm và 27,3% là u đa ổ > 3cm, phần lớn được phát hiện ở giai đoạn tiến triển. Theo khuyến cáo của JSH và APASL, phẫu thuật là lựa chọn phù hợp với các trường hợp ≤ 3 khối u hoặc u đơn độc lớn [2]. Tỷ lệ FRL trung bình là $54,24 \pm 7,69\%$, nằm trong giới hạn an toàn cho phẫu thuật

cắt gan. AFP không tăng (< 20 ng/mL) ở 45,5% BN, trong khi 27,3% có AFP > 400 ng/mL - yếu tố tiên lượng xấu về tái phát và di căn [4].

2. Kết quả trong mổ

Cắt gan trung tâm là kỹ thuật phức tạp vì có hai diện cắt, yêu cầu bảo tồn mạch máu và đường mật cho cả phần gan còn lại bên phải và bên trái, đồng thời đảm bảo diện cắt ung thư âm tính. Sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh và thiết bị hiện đại như dao siêu âm, dao CUSA đã giúp kiểm soát tốt tổn thương mạch - mật và giảm đáng kể tai biến [5].

Mở mổ chiếm ưu thế (tỷ lệ 2,67/1), do đa số BN được chẩn đoán muộn, u lớn hoặc đa ổ không phù hợp mổ nội soi. Masuda và CS (2025) cho thấy phẫu thuật nội soi cắt gan trung tâm có thể giảm mất máu, thời gian nằm viện, và nguy cơ nhiễm trùng, dù tỷ lệ rò mật tương tự mổ mở [6]. Thời gian mổ trung bình là 189 phút và mất máu 257mL - thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Chan (450 phút, 850mL) và không cần truyền máu [7]. Việc kiểm soát tốt toàn bộ cuống gan và cắt nhu mô hiệu quả có thể là yếu tố giúp cải thiện các chỉ số trên. Một số nghiên cứu cho thấy thời gian mổ cắt gan trung tâm kéo dài hơn nhưng không cần nút tĩnh mạch cửa và có thể cắt lại nếu tái phát [5, 8]. Dẫn lưu diện cắt được đặt ở 48,5% BN. Tai biến trong mổ ghi nhận ở 6% BN, tương đương nghiên cứu của tác giả Cheng (7,9%) [9]. Chụp cộng hưởng từ và chụp mật trong

mổ giúp làm rõ giải phẫu mật - mạch và tránh tổn thương. Nếu đường mật phân thủy sau hoặc bên bị cắt, có thể cần mở rộng phẫu thuật hoặc nối mật ruột.

3. Kết quả sớm sau mổ

Tỷ lệ diện cắt R0 đạt 100% - tương đương các trung tâm lớn [4], nhờ chỉ định hợp lý và lên kế hoạch mổ kỹ lưỡng. Về mô học, 78,8% u biệt hóa vừa, chỉ 3% kém biệt hóa - yếu tố tiên lượng tốt. Chan và CS (2019) cũng ghi nhận khoảng 76% u biệt hóa tốt/vừa [7].

Biến chứng mức độ nặng (Clavien-Dindo độ 3) chiếm 12%. Rò mật (9%) là biến chứng thường gặp nhất, do diện cắt gần đường mật - phù hợp các nghiên cứu của Lee (2014), Gadallah và CS (2023) có tỷ lệ rò mật chiếm 18% trong 21 nghiên cứu tổng hợp [4, 8]. Suy gan - biến chứng nặng và đe dọa tính mạng - ghi nhận 2 ca (6%), đều được điều trị thành công. Không có tử vong trong 30 ngày sau mổ - so với tỷ lệ tử vong 0 - 7,1% ở các báo cáo lớn [4].

Thời gian nằm viện trung bình 7,82 ngày - ngắn hơn nhiều báo cáo khác (9 - 16 ngày) cho thấy chăm sóc hậu phẫu và kiểm soát biến chứng hiệu quả [5, 8].

4. Kết quả xa sau mổ

Thời gian sống thêm trung bình: OS là 45,2 tháng, DFS là 36,35 tháng. Tỷ lệ sống sau 1 và 3 năm lần lượt là 93,3% và 62,8%; tỷ lệ sống không bệnh tương ứng là 80,4% và 43,7%. So với Chan và CS (2019): OS sau 1/3/5 năm lần lượt là

90,5%, 66,8%, 66,8%; DFS là 65%, 34,8%, 34,8% [7]. So với tổng hợp 8 nghiên cứu quốc tế (Chen, 2017): OS sau 3 năm là 44 - 66,8%, DFS là 28,8 - 46,2% [2].

Mặc dù cỡ mẫu còn khiêm tốn, nhưng kết quả cho thấy cắt gan trung tâm ở nhóm BN HCC được chọn lọc vẫn mang lại tiên lượng sống còn tích cực và tương đương với các kỹ thuật cắt gan lớn hơn [4].

KẾT LUẬN

Cắt gan trung tâm là phương pháp điều trị hiệu quả cho HCC khi được chỉ định hợp lý. Kỹ thuật này có thể đạt tỷ lệ R0 cao, biến chứng và tử vong thấp, thời gian hồi phục nhanh nếu thực hiện bởi phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm tại trung tâm chuyên sâu. Tuy nhiên, do tính chất phức tạp, cần cân nhắc kỹ chỉ định và đảm bảo điều kiện hậu phẫu. Cần nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn và theo dõi trong thời gian dài để đánh giá hiệu quả lâu dài và chất lượng sống sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jianbo Li, Chengdi Wang, Jiulin Song, et al. Mesohepatectomy versus extended hemihepatectomies for centrally located liver tumors: A meta-analysis. *Scientific Reports*. 2017; 7:1-10.
2. Chun-Han Chen, Tzu-Hao Huang, Cheng-Chih Chang, et al. Central hepatectomy still plays an important role in treatment of early-stage centrally located hepatocellular carcinoma. *World J Surg*. 2017; 41:2830-2837.

3. Yves Patrice Le Treut, Emilie Grégoire, Régis Fara, et al. The technique and outcomes of central hepatectomy by the Glissonian suprahilar approach. *Eur J Surg Oncol*. 2019; 45:2369-2374.

4. Ser Yee Lee. Central hepatectomy for centrally located malignant liver tumors: A systematic review. *World J Hepatol*. 2014; 6:347-357.

5. Yang Xiao, Wei Li, Haifeng Wan, et al. Central hepatectomy versus major hepatectomy for patients with centrally located hepatocellular carcinoma: A meta-analysis. *Int J Surg*. 2018; 52:297-302.

6. Takashi Masuda, Yuichi Endo, Shun Nakamura, et al. Short-term outcomes of laparoscopic central hepatectomy: A comparison with open surgery. *Langenbecks Arch Surg*. 2025:410.

7. Jenny Chan, Luke Bradshaw, Nezor Houli, et al. Outcomes of central hepatectomy versus extended hepatectomy. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2019; 18:249-254.

8. Edward Atef Gadallah, Beshoy Effat Elkomos, Ahmed Khalil, et al. Central hepatectomy versus major hepatectomy for patients with centrally located hepatocellular carcinoma: A systematic review and meta-analysis. *BMC Surg*. 2023; 23.

9. Chih-Hsien Cheng, Ming-Chin Yu, Tsung-Han Wu, et al. Surgical resection of centrally located large hepatocellular carcinoma. *Chang Gung Med J*. 2012; 35:178-191.