DOI:...

# Kết quả cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

## Outcomes of liver resection for hepatocellular carcinoma at Can Tho Central General Hospital

**Lâm Tấn Đạt, Nguyễn Khắc Nam, Lữ Hoàng Phi, Khưu Vũ Lâm, Trương Thanh Sơn, Lê Quang Huy, Nguyễn Khắc Bình**

*Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*

### Tóm tắt

Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị triệt để ung thư tế bào gan (UTTBG) ở những bệnh nhân (BN) giai đoạn còn sớm hoặc giai đoạn trung gian, chức năng gan bảo tồn và toàn trạng tốt. *Mục tiêu:* Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan ở bệnh nhân ung thư tế bào gan, tỷ lệ biến chứng, thời gian sống thêm toàn bộ và các yếu tố liên quan. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu 50 trường hợp phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2020 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Kết quả:* Tuổi trung bình 60,76 và tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Đa số bệnh nhân vào viện do đau bụng chiếm 72%. Tỷ lệ bệnh nhân có HBsAg và anti-HCV dương tính lần lượt là 68% và 36%. Hầu hết bệnh nhân có chức năng gan còn tốt Child-Pugh A chiếm 92%. Tỷ lệ tử vong là 2% và tỷ lệ biến chứng sau mổ 18%. Tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm sau phẫu thuật lần lượt là 86% và 72%. Chức năng gan có ảnh hưởng đến thời gian sống thêm. *Kết luận:* Điều trị ung thư tế bào gan bằng phẫu thuật trong giai đoạn hiện nay đạt kết quả tốt, tai biến và biến chứng có thể kiểm soát được. Phẫu thuật đã đem lại cơ hội tốt cho sự sống còn của bệnh nhân ung thư tế bào gan.

*Từ khóa:* Phẫu thuật cắt gan, ung thư tế bào gan, HBsAg, anti-HCV.

### Summary

Hepatectomy is a radical treatments for hepatocellular carcinoma (HCC) in the early or intermediate stages, well-preserved liver function, and good health status. *Objective:* To evaluate the outcomes of hepatectomy for HCC, the complication rate, overall survival time, and related factors. *Subject and method:* This was a research of 50 patients who underwent hepatectomy at Can Tho Central General Hospital, during the period between January 2017 and July 2020. *Result:* The average age was 60.76 years and the male/female ratio was 2/1; the majority of patients hospitalized due to abdominal pain accounted for 72%. The patients who had positive HBsAg and anti-HCV were 68% and 36%, respectively; Almost patients had the well-preserved liver function with Child-Pugh A 92%. Postoperative mortality and morbidity were 2% and 18%, respectively. The 1-year and 2-year survival time after surgery were 86% and

*Ngày nhận bài: 10/4/2021, ngày chấp nhận đăng: 15/6/2022*

*Người phản hồi: Lâm Tấn Đạt, Email: lamtandat134@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*

72%, respectively. There was significant correlation between the liver function and the overall survival time. *Conclusion:* Nowdays liver resection for hepatocellular carcinoma are remarkably effective with controllable postoperative mortality and complications. Surgical therapy for hepatocellular carcinoma gives good chance for HCC patients to survival.

*Keywords:* Hepatectomy, hepatocellular carcinoma, HBsAg, anti-HCV.

## 1. Đặt vấn đề

Ung thư tế bào gan là nguyên nhân tử vong do ung thư đứng hàng thứ năm trên thế giới. Việt Nam là quốc gia có tỷ lệ ung thư gan cao, gấp 3,5 lần so với trung bình thế giới do có liên quan đến tình trạng nhiễm virus viêm gan B và C . Điều trị triệt để ung thư tế bào gan hiện nay có 3 phương pháp: Cắt gan, ghép gan và hủy u tại chỗ [13], [11]. Do đa số bệnh nhân đến khám với giai đoạn tiến triển hoặc muộn, quá chỉ định hủy u tại chỗ và ghép gan không phù hợp điều kiện thực tế nước ta nên phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị hàng đầu cho bệnh nhân ung thư tế bào gan có khối u đơn độc và tổng trạng tốt. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả điều trị phẫu thuật cắt gan trong ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 2017-2020". Mục tiêu nghiên cứu: *(1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý ung thư tế bào gan. (2) Đánh giá kết quả điều trị ung thư tế bào gan bằng phẫu thuật cắt gan.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### *2.1. Đối tượng*

Bao gồm các bệnh nhân chẩn đoán trước mổ là ung thư tế bào gan, được chỉ định phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 01/2017 đến 08/2020.

*Tiêu chuẩn lựa chọn*

Bệnh nhân chẩn đoán trước mổ là ung thư tế bào gan (thỏa 1 trong 3 tiêu chuẩn theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam):

Có bằng chứng giải phẫu bệnh là ung thư gan nguyên phát.

Hình ảnh điển hình trên CT scan ổ bụng có cản quang hoặc cộng hưởng từ ổ bụng (MRI) có cản từ và AFP > 400ng/ml.

Hình ảnh điển hình trên CT scan ổ bụng có cản quang hoặc cộng hưởng từ ổ bụng (MRI) có cản từ và AFP tăng cao hơn bình thường nhưng < 400ng/ml và có nhiễm virus viêm gan B hoặc C.

Chỉ định phẫu thuật cắt gan điều trị.

Chỉ định phẫu thuật cắt gan theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Nghiên cứu Bệnh gan châu Á - Thái Bình Dương (APASL) năm 2017 : Chưa có di căn ngoài gan, Child-Pugh A/B và còn có thể phẫu thuật cắt gan được. Với định nghĩa "cắt gan được":

U gan đơn độc hoặc nhiều khối u nhưng khu trú gan phải hoặc gan trái không hạn chế kích thước.

Khối u chưa xâm lấn mạch máu lớn.

Thể tích gan dự kiến bảo tồn ≥ 40% thể tích gan chuẩn. Thể tích gan dự kiến bảo tồn được ước tính dựa vào hình ảnh chụp cắt lớp trước mổ. Thể tích gan chuẩn được xác định dựa vào chiều cao và cân nặng của bệnh nhân, dựa vào công thức của Urata : Thể tích gan chuẩn ($cm^3$) = 706,2 × Diện tích da ($m^2$) + 2,4.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu; xét nghiệm giải phẫu bệnh sau mổ không phải UTTBG; các bệnh nhân tử vong sau khi ra viện hoặc sau mổ do các nguyên nhân không liên quan tới UTTBG.

### *2.2. Phương pháp*

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang, không nhóm chứng.

DOI:...

Cỡ mẫu: n = 50 trường hợp.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu: các đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới tính, lý do vào viện, tiền sử viêm gan siêu vi, các triệu chứng cơ năng, thực thể) và cận lâm sàng của bệnh nhân (HBsAg, anti HCV, AFP, Child-Pugh, các đặc điểm trên hình ảnh học của khối u), giai đoạn bệnh theo nhóm ung thư gan Barcelona (BCLC) được ghi nhận trước mổ. Ghi nhận các kỹ thuật trong mổ (loại cắt gan, kỹ thuật cắt gan), đánh giá kết quả phẫu thuật và các yếu tố liên quan trong lúc mổ (số lượng máu mất, tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu, tai biến trong lúc mổ). Bệnh nhân được theo dõi hậu phẫu (thời gian trung tiện, tự sinh hoạt, rút ống dẫn lưu) và các biến chứng sớm của phẫu thuật (suy gan, chảy máu, rò mật, viêm phổi, áp xe tồn lưu, nhiễm trùng vết mổ). Bệnh nhân được theo dõi định kỳ sau mổ: 1 tháng sau mổ, 3 tháng sau mổ và mỗi 6 tháng để đánh giá thời gian sống thêm và một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm.

### *2.3. Xử lý số liệu*

Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.

## 3. Kết quả

### *3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng*

Có tổng số 50 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan điều trị UTTBG. Các đặc điểm chung về lâm sàng, cận lâm sàng được trình bày ở Bảng 1.

**Bảng 1. Các đặc điểm của bệnh nhân**

| Đặc điểm | Số BN | Tỷ lệ % |
|---|---|---|
| Giới | | |
| Nam | 34 | 68 |
| Nữ | 16 | 32 |
| Tuổi | 60,76 (±10,28) | |
| Lý do vào viện | | |
| Đau bụng | 36 | 72 |
| Phát hiện tình cờ | 10 | 20 |
| Phát hiện nhờ chương trình tầm soát | 4 | 8 |
| Bilirubin TP (µmol/L) | 12,45 (±13,07) | |
| PT (%) | 88,43 (±16,63) | |
| AST (U/L) | 43,05 (±24,76) | |
| ALT (U/L) | 40,14 (±34,74) | |
| Tiểu cầu | 218,35 (±70,96) | |
| Child-Pugh | | |
| Child A | 46 | 92 |
| Child B | 4 | 8 |
| Anpha fetoprotein (ng/ml) | | |
| < 20 | 13 | 26 |
| 20 - 400 | 25 | 50 |
| > 400 | 12 | 24 |

| | | |
|---|---|---|
| HBsAg (+) | 34 | 68 |
| Anti HCV (+) | 18 | 36 |
| Giai đoạn bệnh theo BCLC | | |
| Giai đoạn 0, rất sớm | 2 | 4 |
| Giai đoạn A, sớm | 41 | 82 |
| Giai đoạn B, trung gian | 7 | 14 |

**Bảng 2. Các loại hình cắt gan theo vị trí tổn thương**

| Loại cắt gan | | Số BN | Tỷ lệ % |
|---|---|---|---|
| Cắt gan lớn | Cắt gan trái | 8 | 16 |
| | Cắt gan phải | 9 | 18 |
| | Cắt gan trung tâm | 4 | 8 |
| | ***Tổng*** | ***21*** | ***42*** |
| Cắt gan nhỏ | HPT4 | 2 | 4 |
| | HPT8 | 2 | 4 |
| | HPT5, 6 | 2 | 4 |
| | HPT7, 8 | 2 | 4 |
| | Thùy trước | 6 | 12 |
| | Thùy sau | 7 | 14 |
| | Thùy gan trái | 8 | 16 |
| | ***Tổng*** | ***29*** | ***58*** |
| ***Tổng*** | | ***50*** | ***100*** |

Hơn nữa số BN trong nghiên cứu được phẫu thuật cắt gan nhỏ 29 BN (58%); có 21 trường hợp (42%) được phẫu thuật cắt gan lớn, trong đó có 4 trường hợp (8%) được phẫu thuật cắt gan trung tâm.

**Bảng 3. Kích thước và số lượng u**

| Nhóm kích thước u | Số BN | Tỷ lệ % |
|---|---|---|
| Khối u đơn độc, < 3cm | 5 | 10 |
| Khối u đơn độc, 3 - 5cm | 26 | 52 |
| Khối u đơn độc, > 5cm | 14 | 28 |
| 1 - 3 u, kích thước u ≤ 3cm | 4 | 8 |
| 1 - 3 u, kích thước u > 3cm | 1 | 2 |
| ***Tổng*** | ***50*** | ***100*** |

Kích thước trung bình của khối u là 5,87 ± 2,34cm (2,5 - 8cm). Nhóm khối u đơn độc chiếm tỷ lệ cao nhất 45 BN (90%).

**Bảng 4. Các kỹ thuật mổ cắt gan**

| Kỹ thuật | Mổ mở | | Mổ nội soi | |
|---|---|---|---|---|
| | Số BN | Tỷ lệ % | Số BN | Tỷ lệ % |
| Tôn Thất Tùng | 2 | 4 | 5 | 10 |
| Takasaki | 31 | 62 | 1 | 2 |
| Cắt gan không điển hình | 9 | 18 | 2 | 4 |

Trong số 50 trường hợp, có 8 BN được phẫu thuật cắt gan nội soi, đa số nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có khối u ở thùy trái gan (5 BN), 1 trường hợp cắt gan trái và 2 trường hợp cắt gan HPT6 không điển hình. Có 31 trường hợp (62%) được phẫu thuật cắt gan theo kỹ thuật của tác giả Takasaki (tiếp cận cuống Glisson ở ngoài gan và ngoài bao); có 7 bệnh nhân (14%) được phẫu thuật cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng (cắt gan với cách tiếp cận cuống Glisson và tĩnh mạch gan ở trong nhu mô gan) và 9 BN được phẫu thuật cắt u gan không điển hình.

### *3.2. Kết quả phẫu thuật*

**Bảng 5. Lượng máu mất trong mổ**

| Lượng máu mất (ml) | Số BN | Tỷ lệ % |
|---|---|---|
| ≤ 100 | 2 | 4 |
| 101 - 200 | 20 | 40 |
| 201 - 500 | 25 | 50 |
| > 500 | 3 | 6 |
| ***Tổng*** | ***50*** | ***100*** |

**Bảng 6. Truyền máu trong mổ**

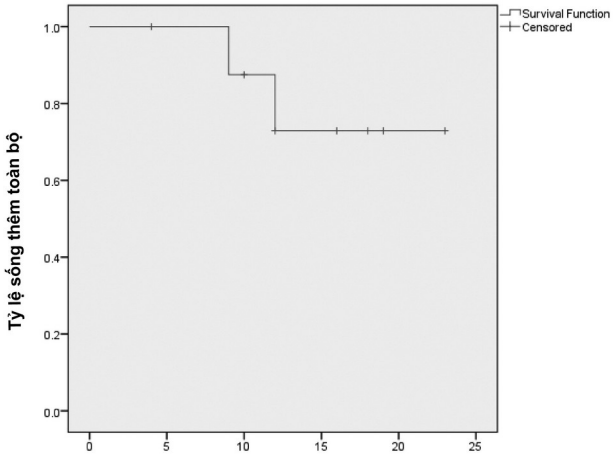
| Truyền máu trong mổ | Số BN | Tỷ lệ % |
|---|---|---|
| Không | 30 | 60 |
| 200 - 500ml (1 đơn vị) | 16 | 32 |
| > 500ml (>2 đơn vị) | 4 | 8 |
| ***Tổng*** | ***50*** | ***100*** |

Lượng máu mất trung bình lúc mổ là 320 ± 260,7ml (50 - 1600ml). Hầu các BN mất từ hơn 100ml đến 500ml máu 32 BN (96%). Đa số BN được hạn chế truyền máu trong mổ thành công 30BN (60%).

**Bảng 7. Tử vong và biến chứng**

| Tai biến và biến chứng | | Số BN | Tỷ lệ % |
|---|---|---|---|
| Trong mổ | Tử vong | 0 | 0 |
| | Chảy máu tĩnh mạch gan, tĩnh mạch cửa | 4 | 8 |
| | Chảy máu tuyến thượng thận | 2 | 4 |
| | Rách cơ hoành | 1 | 2 |
| Sau mổ | Tử vong | 1 | 2 |
| | Suy gan | 2 | 4 |
| | Rò mật | 1 | 2 |
| | Báng bụng | 4 | 8 |
| | Nhiễm trùng vết mổ | 2 | 4 |

Tỷ lệ tai biến trong mổ chung là 14%, trong đó thường gặp nhất là chảy máu từ tĩnh mạch gan và tĩnh mạch của trong thì cắt nhu mô gan chiếm 8%. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 18%, trong đó có 1 trường hợp tử vong do suy gan sau mổ.




**Biểu đồ 1.** Thời gian sống thêm toàn bộ sau phẫu thuật

Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu ghi nhận: Có 36 BN còn sống khỏe mạnh chiếm 72%; tỷ lệ tái phát là 14% (7 BN), trong đó có 10% (5 BN) tái phát đã tử vong; tỷ lệ tử vong là 14% (7 BN). Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình tính theo phương pháp Kaplan-Meier là 18,75 ± 7,65 tháng (theo dõi 4 - 40 tháng). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm lần lượt là 86% và 72%.

**Bảng 8. Phân tích thời gian sống thêm toàn bộ với một số yếu tố nguy cơ**

| **Yếu tố** | | **Số BN** | **Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (%)** |
|---|---|---|---|
| Nhóm tuổi | < 40 | 1 | 100 |
| | 40 - 59 | 22 | 73,3 |
| | ≥ 60 | 13 | 80 |
| *Test Log Rank; Chi-Square = 1,016; p=0,602>0,005* | | | |
| AFP | < 20 | 8 | 69,2 |
| | 20 - 400 | 21 | 83,3 |
| | > 400 | 7 | 81,8 |
| *Test Log Rank; Chi-Square = 1,388; p=0,5>0,05* | | | |
| Kích thước u | Đơn độc, < 3cm | 5 | 100 |
| | Đơn độc, 3 - 5cm | 18 | 68,8 |
| | Đơn độc, > 5cm | 9 | 83,3 |
| | 1 - 3 u, ≤ 3cm | 4 | 100 |
| *Test Log Rank; Chi-Square =4,282; p=0,369>0,05* | | | |
| Child-Pugh | Child-Pugh A | 30 | 81,3 |
| | Child-Pugh B | 6 | 50 |
| *Test Log Rank; Chi-Square = 5,839; p=0,016<0,05* | | | |

Nhóm tuổi, nồng độ AFP trước phẫu thuật và kích thước khối u liên quan với thời gian sống thêm toàn bộ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với lần lượt

là: 0,602, 0,5, 0,369>0,05. Chức năng gan dựa theo thang điểm Child-Pugh liên quan với thời gian sống thêm toàn bộ giữa 2 nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê, p=0,016<0,05.

## 4. Bàn luận

### *4.1. Kết quả lâm sàng và cận lâm sàng*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ nam/nữ ≈2/1, hầu hết gặp ở những bệnh nhân > 40 tuổi (36 BN, 97,3%) với độ tuổi trung bình 60,76 ± 10,28 tuổi. Schwartz và cộng sự (2018) nhận xét: Nam giới có nguy cơ mắc bệnh UTTBG cao hơn phụ nữ. Sự khác biệt này càng thấy rõ rệt ở các khu vực có tỷ lệ mắc bệnh cao, tỉ lệ mắc ung thư biểu mô tế bào gan ở nam giới cao hơn: 2,1 đến 5,7 lần so với phụ nữ (trung bình 3,7:1) [9]. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hầu hết các tác giả: Nguyễn Quang Nghĩa (2012): 50,6 ± 11,9 [4]; Trần Công Duy Long (2013): 51,7 ± 12,2 [3]; Nguyễn Đình Song Huy (2016): 52 [2]; và tương đương với tác giả Yammoto (2001): 60 ± 8,5 [17]. Phần lớn ung thư biểu mô tế bào gan xuất hiện ở những bệnh nhân bị bệnh gan mạn tính hoặc xơ gan. Do đó, những bệnh nhân lớn tuổi mắc bệnh gan kéo dài thường dễ phát triển ung thư biểu mô tế bào gan hơn. Nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn được thực hiện ở cả châu Á và Tây Âu cho thấy tỉ lệ mắc bệnh cao nhất gặp ở độ tuổi từ 50 đến 60 [9].

Do khả năng bù trừ của gan rất lớn, nên triệu chứng lâm sàng trên nhóm bệnh nhân UTTBG giai đoạn sớm còn khả năng cắt được rất nghèo nàn, khi triệu chứng lâm sàng rõ, thì bệnh đã thường ở giai đoạn tiến triển: Kích thước u lớn, chức năng gan kém, thể trạng bệnh nhân suy giảm [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân vào viện vì đau bụng 36 bệnh nhân (72%) và cũng là triệu chứng lâm sàng chính; có 14 bệnh nhân (18%) không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ hoặc qua chương trình tầm soát. Đa số bệnh nhân có chức năng gan còn tốt thể hiện qua thang điểm Child-Pugh (46 bệnh nhân Child A chiếm 92%) và tình trạng sức khỏe tốt (ECOG Ps 0-1 chiếm 100%) để đảm bảo tính an toàn của phẫu thuật cắt gan như tiêu chuẩn của BCLC.

### *4.2. Kết quả điều trị*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 39 bệnh nhân (78%) được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị UTTBG với kỹ thuật của 2 tác giả Takasaki và Tôn Thất Tùng. Việc cắt gan theo giải phẫu đã được chứng minh là tốt hơn phẫu thuật cắt u không điển hình: Đảm bảo về mặt ung thư học, giảm chảy máu, hạn chế các tổn thương mạch máu và đường mật. Tuy nhiên, có 9 bệnh nhân (18%) trong nghiên cứu được phẫu thuật cắt gan không điển hình với lý do chủ yếu do khối u nằm ở vị trí khó, xơ gan nhiều: Hạ phân thùy (HPT) 4, 5 có 3 bệnh nhân; HPT5, 6 có 2 bệnh nhân; HPT 7, 8 có 2 bệnh nhân và HPT6 có 2 bệnh nhân. Nếu phẫu thuật cắt gan phải hoặc cắt gan trung tâm, thể tích gan bảo tồn còn lại không đảm bảo, do đó chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt u gan không điển hình đảm bảo diện cắt cách bờ u ít nhất 1cm.

Về tỷ lệ tử vong, Bảng 7 cho thấy không có trường hợp nào tử vong trong mổ, 01 trường hợp tử vong sau mổ (trong thời gian hậu phẫu), như vậy tổng tỷ lệ tử vong của chúng tôi là 2%. Kết quả này là thấp hơn so với đa số các tác giả trong nước: Văn Tần 4,09%, Đào Thành Chương 6,1% [1], Vũ Văn Quang 10,4% [5], nhưng cao hơn tác giả Trần Công Duy Long 0% [3]. Chúng tôi thấy trường hợp tử vong là BN UTTBG có HBsAg dương tính, xếp loại

xơ gan Child-Pugh B, u khá lớn (kích thước trên CT scan là 7cm) ở hạ phân thùy 4, 5, 8. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan trung tâm, sau mổ ngày thứ 5 BN có dấu hiệu hôn mê gan, xét nghiệm AST và ALT tăng lên nhiều lần so với trước mổ (AST 402U/l, ALT 542U/L), bilirubin TP tăng 50,2µmol/L, PT giảm còn 25%. Đây là bệnh cảnh suy gan cấp điển hình sau phẫu thuật cắt gan theo tiêu chuẩn "50-50" của Belghiti [7]. Trong nghiên cứu theo dõi 613 BN UTTBG sau phẫu thuật cắt gan của Okuda K (1984), thì nguyên nhân gây tử vong tới 45% là do suy chức năng gan [13]. Hồi cứu lại trường hợp này, chúng tôi ghi nhận trong quá trình phẫu tích cắt nhu mô gan bên phải dây chằng liềm (giới hạn HPT2, 3 và HPT 4) có chảy máu tĩnh mạch cửa nhánh cho thùy trái. Chúng tôi có khâu cầm máu bằng chỉ prolene 4.0. Do đó, chúng tôi nghĩ nguyên nhân suy gan sau mổ có thể do tổn thương không hồi phục thùy (T), phần gan còn lại của HPT 6, 7 không đảm bảo đủ chức năng.

So sánh mất máu trong mổ trong nghiên cứu này và các tác giả khác:

| Tác giả (năm) | Nơi nghiên cứu | n | Lượng máu mất (ml) | Tỷ lệ truyền máu (%) |
|---|---|---|---|---|
| Chúng tôi | Việt Nam | 37 | 320 ± 260,7 | 37,8 |
| Lương Công Chánh (2015) | Việt Nam | 67 | 396,1 ± 351,8 | 24,6 |
| Dương Huỳnh Thiện (2016) | Việt Nam | 75 | 353,3 | 14,66 |
| Vũ Văn Quang (2018) | Việt Nam | 106 | 280,9 ± 128,2 | 12,7 |
| Yoon (2010) | Hàn Quốc | 69 | 808,3 ± 1,011 | 33 |

Qua Bảng trên có thể thấy mất máu trung bình trong mổ trong nghiên cứu chúng tôi là thấp hơn các tác giả nhưng tỷ lệ truyền máu trong mổ lại cao hơn. Thực tế chúng tôi thấy rằng chưa có tiêu chuẩn thống nhất về tiêu chuẩn truyền máu lúc mổ, chưa có sự phối hợp giữa ekip phẫu thuật và gây mê hồi sức nên tất cả các trường hợp phẫu thuật cắt gan được dự trù máu trước mổ trong nghiên cứu chúng tôi đều được truyền máu. Đây là nghịch lý giữa truyền máu và mất máu trong nghiên cứu. Câu hỏi đặt ra cho các thầy thuốc lâm sàng trong phẫu thuật cắt gan, khi nào thì cần truyền máu? Nanashima và cộng sự cho rằng: Lượng máu mất trên 1500ml có nguy cơ làm giảm thời gian sống thêm của BN và bắt đầu truyền máu khi lượng máu mất khoảng 850ml trở lên; Tác giả Hu (2009), đề nghị: Chỉ truyền máu khi Hemoglobin < 70g/l [10].

Tai biến trong mổ chúng tôi gặp phải 1 trường hợp rách cơ hoành 2% (khối u HPT 8 dính vào cơ hoành) và 2 trường hợp chảy máu từ tuyến thượng thận phải 4% (do quá trình phẫu tích di động gan phải). Có 4 trường hợp chảy máu từ hồi lưu các tĩnh mạch gan, và nhánh tĩnh mạch cửa trong thì cắt nhu mô gan chiếm 8%. Các trường hợp này bệnh nhân được xử trí tốt trong lúc mổ, hậu phẫu bệnh nhân ổn đinh.

Ngoại trừ 1 trường hợp tử vong sau mổ đã được xác định là suy gan cấp sau mổ, chúng tôi còn gặp phải 2 trường hợp (4%) nữa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán suy gan cấp theo Belghiti. Tuy nhiên, cả 2 trường hợp này bệnh nhân được hồi sức nội khoa hiệu quả, các chỉ số trở lại bình thường vào ngày thứ 7 - 10 sau mổ và được xuất viện. Ngoài ra, biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi còn có: Báng bụng 4 trường hợp (8%), rò mật 1 trường hợp (2%), nhiễm trùng vết mổ 2 trường hợp (4%). Nhìn chung, tỷ lệ biến chứng sau mổ là 18%, cao hơn các giả Lê Văn Thành 10,5% [6], và Trần Công Duy Long 5% [3] nhưng thấp hơn tác giả Vũ Văn Quang 23,6% [5]. Theo Steven (2018), tỷ lệ biến chứng sau mổ cắt gan điều trị UTTBG gặp khoảng 40% ở bệnh nhân không xơ gan, tăng cao hơn ở những bệnh nhân bị xơ gan. Các biến chứng chính gặp khoảng 10 đến 20% bao gồm: Rò mật, tràn dịch màng phổi, tổn thương thận cấp tính và suy gan. Tuổi cao và hội chứng rối loạn chuyển hóa làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ [15].

Đánh giá kết quả sống thêm bằng phương pháp Kaplan-Meier thấy tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm tương ứng là 86% và 72%. Tỷ lệ này so với các tác giả trong nước là khá cao. Tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm tương ứng của Đào Thành Chương là 44,7% và 22,8% [1], của Lê Văn Thành là 75,4% và 60,7% [6], Trần Công Duy Long 79,3% và 64,5% [3].

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật cũng như thời gian sống thêm sau phẫu thuật như: Tuổi, giới, kích thước u, số lượng u, kháng nguyên viêm gan B, mức AFP, độ xơ gan, loại mô học, giai đoạn bệnh... đã được nghiên cứu. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã phân tích đơn biến một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm.

Tuổi: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các nhóm tuổi trong nghiên cứu với p=0,602. Đào Thành Chương cũng có nhận xét tương tự [1]. Theo Cosenza CA (1995), tuổi càng cao sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong và biến chứng trong, sau mổ, nhưng khi so sánh thời gian sống thêm sau mổ của 2 nhóm tuổi trên và dưới 60 khác nhau không có ý nghĩa thống kê (p=0,48) [8].

Mức AFP: 10 BN có mức AFP 20 - 400ng/ml với tỷ lệ sống thêm 2 năm là cao nhất 83,3%, BN có mức AFP < 20ng/ml và > 400ng/ml với tỷ lệ sống thêm 2 năm lần lượt là 69,2% và 81,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,5.

Kích thước u: Nhóm có kích thước u ≤3cm và có từ 1 - 3 u (với kích thước u ≤ 3cm) có tỷ lệ sống thêm 2 năm cao nhất là 100%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p=0,369. Theo Yamamoto (2001) thì những BN UTTBG có kích thước u ≤ 3cm có tỷ lệ sống thêm vượt trội so với những BN có kích thước u > 3cm [17].

Chức năng gan: Các bệnh nhân có Child-Pugh A có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 2 năm là 81,3%, cao hơn nhóm bệnh nhân có Child-Pugh B là 50%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,016. Rõ ràng mức độ xơ gan có ảnh hưởng tới thời gian sống thêm sau mổ của bệnh nhân UTTBG.

## 5. Kết luận

Điều trị UTTBG bằng phẫu thuật trong giai đoạn hiện nay đạt kết quả tốt, tai biến và biến chứng có thể kiểm soát được. Nghiên cứu 50 trường hợp điều trị UTTBG bằng phẫu thuật cắt gan cho thấy có cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ. Tỷ lệ tai biến biến chứng thấp, tử vong hầu như không đáng kể. Tuổi, kích thước u, HBsAg và AFP chưa thấy ảnh hưởng tới thời gian

sống thêm. Chức năng gan ảnh hưởng tới thời gian sống thêm sau mổ.

**Tài liệu tham khảo**

1. Đào Thành Chương (2002) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm của điều trị phẫu thuật ung thư gan nguyên phát tại Bệnh viện Việt-Đức từ 1991-2000*. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y học Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Đình Song Huy và cộng sự (2016) *Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa U gan - Bệnh viện Chợ Rẫy 2010-2015.* Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 11 (đặc biệt), tr. 82-88.
3. Trần Công Duy Long (2013) *Ứng dụng kỹ thuật tiếp cận cuống Glisson trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan*. Hội nghị ngoại khoa toàn quốc, tr. 105-106.
4. Nguyễn Quang Nghĩa (2012) *Nghiên cứu áp dụng đo thể tích gan bằng chụp cắt lớp vi tính trong chỉ định, điều trị phẫu thuật ung thư gan nguyên phát*. Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
5. Vũ Văn Quang (2018) *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.* Luận văn tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y dược lâm sàng 108, Bộ Quốc phòng.
6. Lê Văn Thành, Nguyễn Đại Bình (2010) *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan trong ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện K*. Y Học TP Hồ Chí Minh, Tập 14 (Phụ bản của Số 4).
7. Balzan S, Belghiti J (2005) *The "50-50 criteria" on postoperative day 5: An accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy*. Ann Surg 242: 824-828.
8. Cosenza CA, Hoffman AL, Podesta LG et al (1995) *Hepatic resection for malignacy in the elderly.* AnnSurg 61: 889-895.
9. F Charles Brunicardi, Dana K Anderson, Billiar T R, (2018) *Schwartz's principles of surgery.* Mc Brown Hill Education: 1376-1377.
10. Hu JX, Dai WD, Miao XY (2009) *Anatomic resection of segment VIII of liver for hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients based on an intrahepatic Glissonian approach*. Surgery 146(5): 854-860.
11. Marrero JA, Kulik LM, Sirlin CB, Zhu AX, Finn RS, Abecassis MM, Roberts LR, Heimbach JK (2018) *Diagnosis, staging, and management of hepatocellular carcinoma: 2018 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases*. Hepatology 68(2): 735.
12. Omata M, Cheng AL, Kokudo N et al (2017) *Asia–Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatocellular carcinoma: A 2017 update.* Hepatol Int 11: 317-370.
13. Okuda K, Peter RL, JW S (1984) *Gross Anatomic features of the hepatocellular carcinoma from three disparate geographic areas, proposal of the New Classcification*. Cancer 54 (10): 2164-2173.
14. Song-Huy Nguyen-Dinh, Albert Do, Trang Ngoc Doan Pham et al (2018 Jan 27) *High burden of hepatocellular carcinoma and viral hepatitis in Southern and Central Vietnam: Experience of a large tertiary referral center, 2010 to 2016*. World J Hepatol 10(1): 116-123.
15. Steven A Curley, Carlton C Barnett, Abdalla E K, (2018) *Surgical management of potentially resectable hepatocellular carcinoma.* https://wwwuptodatecom.
16. Urata K, Kawasaki S, Matsunami H, Hashikura Y, et al (1995) *Calculation of child and adult standard liver volume for liver transplantation.* Hepatology 21(5): 1317-1321.

17. Yamamoto M, Terasaki K et al (2001) *Effectiveness of systematized hepatectomy with Glisson's pedicle transection at hepatic hilus for small nodular hepatocellular carcinoma: Retrospective analysis.* Surgery 130: 443-448.