

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NGẮN HẠN SAU MỔ CẮT GAN DO UNG THƯ TẠI KHOA NGOẠI UNG BƯỞU VÀ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Hồng Hà¹, Phạm Ngọc Hùng², Trịnh Ngọc Nam²,
Nguyễn Chí Thanh², Ngô Anh Thế², Đỗ Đình Toàn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả ngắn hạn sau cắt gan do ung thư gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện các trường hợp ung thư gan (Nguyên phát và thứ phát) được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh sau mổ. Bệnh nhân được mổ cắt gan tại khoa Ngoại Ung bướu - Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ T1/2020 – T10/2023. **Kết quả:** 38 bệnh nhân được phẫu thuật. Tuổi trung bình là 58,1± 11,37 (30 – 77) tuổi. Nam/ nữ = 4.4/1. Lý do vào viện hay gặp nhất lần lượt là theo dõi viêm gan (39,5%), khám sức khoẻ (31,6%), đau bụng HSP (15,8%), và mệt mỏi – sụt cân (10,5%). Tình trạng viêm gan B, viêm gan C lần lượt là 71% và 15,8%. Trung vị Nồng độ AFP huyết thanh là 117 (3,45 – 1668) ng/mL. Nhóm BN có nồng độ AFP < 20, 20 – 400, > 400 ng/mL lần lượt là 47,4%, 28,9%, và 23,7%. Kích thước trung bình u trên CLVT 4,9 ± 2,7 (2 – 16). Cắt gan nhỏ chiếm 60,5%. Cắt gan theo giải phẫu 65,8%. Kiểm soát cuống gan chọn lọc, và Pringle lần lượt là 65,8% và 94,7%. Cắt nhu mô gan

bằng Ligasure, Harmonic, và Kelly lần lượt là 65,9%, 21%, và 13,1%. Không có bệnh nhân nào truyền máu trong mổ. Biến chứng sau mổ 15,7%, trong đó tràn dịch màng phổi, báng bụng, rò mật lần lượt là 7,9%; 5,2%, và 2,6%; không ghi nhận trường hợp suy gan. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 8,8 (5-20) ngày. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào gan diễn biến âm thầm, triệu chứng không đặc hiệu. Cắt gan là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, biến chứng còn cao nhưng phần lớn là mức độ nhẹ.

Từ khoá: U gan, cắt gan, biến chứng.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF HEPATECTOMY FOR LIVER CANCER IN ONCOLOGY SURGICAL AND PALIATIVE CARE DEPARTMENT AT VIETTIEP HOSPITAL

Objectives: The research aimed to evaluate some of the clinical characteristics and short-term outcomes associated with hepatectomy for Liver Cancer. **Methods:** We conducted a retrospective study with a sample size of Liver Cancer (Primary and Secondary) confirmed by pathology. From January 2020 to October 2023, the patient underwent open hepatectomy in Surgical Oncology and Palliative Care Department at Viettiiep Hospital. **Results:** The study enrolled a total of 38 patients. The mean age was 58,1± 11,37 years (30 – 77) The male/female ratio was equal to 4.4/1. Reason for

¹Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Toàn

ĐT: 0989970012

Email: drtoanub@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 11/4/2024

Ngày duyệt bài: 16/4/2024

hospitalization are Follow up hepatitis, fortuitousness, pain of the right upper quadrant, lack of appetite and weight loss were prevalent in 39,5%; 31,6%; 15,8%; and 10,5% of participants. The median concentration of AFP in serum was 117 (3,45 – 1668) ng/mL. Patients with AFP levels of less than 20, 20 - 400, and >400 ng/mL were 47,4%, 28,9%, và 23,7% respectively. The average tumor size on the CT scan was $4,9 \pm 2,7$ (2 – 16) respectively. 60.5% of all were minor liver resections. 65,8% was anatomical resection. Selective hepatic pedicle control and Pringer maneuver were 65.8% and 94.78%, respectively. Hepatic parenchymal resection with Ligasure, Harmonic, and Kelly was 65,9%, 21%, and 13.1%. respectively. No patients required blood transfusions. Complications after surgery were 15.7%, of which pleural effusion, ascites, biliary leak were 7,6%%, 5,2%%, and 2,6%, respectively. After surgery, the average hospital stay was 8.8 (5-20) days. **Conclusion:** Clinical symptoms are not specific. The patient was indicated for surgery with good liver function. Liver resection is an effective and safe treatment.

Keywords: Liver tumor, liver resection, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan là một trong mười loại ung thư phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Bao gồm ung thư gan nguyên phát và ung thư gan thứ phát. trong đó ung thư tế bào gan nguyên phát thường gặp nhất chiếm khoảng 80-90% các ca bệnh¹. Theo GLOBOCAN 2020, mỗi năm thế giới ghi nhận 905.677 (4,7%) ca ung thư gan mắc mới và 830.180 (8,3%) trường hợp tử vong vì căn bệnh này. Tại Việt Nam, ung thư gan là bệnh lý có tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư với tỷ

lệ mắc chuẩn theo tuổi ở nam là 38/100.000 dân và nữ là 9.8/100.000 dân².

Hiện nay trên thế giới có nhiều phác đồ hướng dẫn điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát tùy thuộc vào đặc điểm, giai đoạn của khối u. Trong đó phẫu thuật cắt gan được xem như lựa chọn phù hợp nhất hiện nay với tỉ lệ tử vong dưới 5% tại các trung tâm phẫu thuật lớn, nhiều kinh nghiệm.

Thực tế hiện nay tại khoa Ngoại Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, số lượng bệnh nhân ung thư gan (bao gồm những tổn thương nguyên phát ở gan như HCC hay ICC, hay ung thư di căn gan) được phẫu thuật cắt gan trong những năm vừa qua ngày càng tăng, nhưng chưa có nhiều NC đánh giá đầy đủ về kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG tại đây. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm đánh giá lại kết quả phẫu thuật và theo dõi sau mổ để từ đó nâng cao kết quả điều trị cũng như hiệu quả chăm sóc bệnh nhân sau mổ cắt gan. Bài báo nhằm mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả ngắn hạn cắt gan do ung thư gan tại Trung tâm Ung bướu-YHHN và khoa Ngoại Ung bướu-Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng từ T1/2020 đến T10/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bao gồm các BN ung thư gan được phẫu thuật cắt gan tại khoa Ngoại Ung bướu-Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng từ T1/2020 đến T10/2023.

Tiêu chuẩn chọn: Các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư gan (bao gồm ung thư gan nguyên phát và ung thư di căn gan). Được thực hiện phẫu thuật cắt gan. Có hồ sơ bệnh án lưu đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại bỏ những bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn lựa chọn

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, triệu chứng cận lâm sàng)

- Kết quả ngắn hạn: Kỹ thuật mổ; phương pháp mổ, kết quả ngắn hạn

Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức bệnh viện phê duyệt

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng T1/2020 đến tháng T10/2023 chúng tôi thu thập được 38 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	
Tuổi, X ± SD (min – max)	58,1 ± 11,37 (30 – 77)
Giới, nam/nữ, n (%)	4,4/1 (81,6-18,4)
Tiền sử bệnh	
Viêm gan B, n (%)	27 (71)
Viêm gan C, n (%)	6 (15,8)
Đồng nhiễm VGB-VGC, n(%)	1 (2,6)
Không viêm gan, n (%)	4 (10,6)
Lý do vào viện	
Theo dõi viêm gan	15 (39,5)
Tình cờ khám sức khỏe	12 (31,6)
Đau HSP	6 (15,8)
Mệt mỏi – gầy sút cân	4 (10,6)
Vàng da	1 (2,6)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có tuổi trên 50 tuổi, nam nhiều hơn nữ, đa số bị viêm gan B. Bệnh nhân chủ yếu phát hiện khi đi theo dõi bệnh viêm gan (39,5%) và tình cờ phát hiện qua khám sức khỏe (31,6%)

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	
Chức năng gan điểm Child-Pugh	
Child-Pugh A, n (%)	37 (97,4)
Child-Pugh B, n (%)	1 (2,6)
Nồng độ AFP máu	
< 20	18 (47,4)
20-400	11 (28,9)
>400	9 (23,7)
Trung vị	117 (3,45 – 1668)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có chức năng gan Child-Pugh A (97,4%).

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh học khối u

Đặc điểm	
Số lượng u	
1 u	27 (71)
≥ 2	11 (29)
Kích thước U	
≤ 5 cm	28 (73,7)
> 5 cm	10 (26,3)
Trung bình (Min-Max)	$4,9 \pm 2,7$ (2 – 16).
Huyết khối TMC	
Không	37 (97,4)
Có	1 (2,6)
Hình thái u	
Có vỏ bao	29 (76,3)
Không vỏ bao	5 (13,2)
Thâm nhiễm	4 (10,5)

Nhận xét:

- Bệnh nhân có 1 u, chiếm tỷ lệ 71%. Bệnh nhân có ≥ 2 u, chiếm tỷ lệ 29%
- Kích thước u trung bình là $4,9 \pm 2,7$ cm (2 - 16). Tỷ lệ u > 5 cm là 26,3%.
- U có vỏ bao chiếm đa số (76,3%), u dạng thâm nhiễm chiếm 10,5%.

Bảng 4: Giải phẫu bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh sau mổ, n (%)	
HCC	31 (81,6)
ICC	4 (10,6)
Di căn gan	3 (7,9)

Nhận xét: Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) chiếm đa số với 81,6%

Bảng 5: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	
Đường mổ	
Mercedes	2 (5,3)
Dưới sườn phải	15 (39,5)
Dưới sườn hai bên	4 (10,5)
Trên dưới rốn	1 (2,6)
Chữ J	16 (42,1)
Kiểm soát Cuồng gan	
Chọn lọc	25 (65,8)
Toàn bộ	36 (94,8)
Phương tiện cắt nhu mô gan	
Pince Kelly	5 (13,1)
Ligasure	8 (21,1)
Harmonic	25 (65,8)

Nhận xét:

- Phần lớn mở bụng đường dưới sườn P hoặc được chữ J
- Tất cả đều kiểm soát chủ động máu vào gan

Bảng 6: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	
Cắt gan lớn, n (%)	
Cắt gan phải	3 (7,9)
Cắt gan trái	9 (23,7)
Cắt gan trung tâm	3 (7,9)
Cắt gan bé, n (%)	
Cắt thùy bên	10 (26,3)
Cắt phân thùy sau	4 (10,5)
Cắt phân thùy trước	2 (5,3)
Cắt 1 HPT	7 (18,4)
Phương pháp cắt gan, n (%)	
Theo giải phẫu	25 (65,8)
Theo tổn thương	13 (34,2)

Nhận xét:

- Cắt gan theo giải phẫu chiếm đa số 65,8%
- Chủ yếu bệnh nhân được cắt gan nhỏ 60,5%

Bảng 7: Biến chứng sau mổ cắt gan

Biến chứng	
Suy gan sau mổ	0 (0)
Bảng bụng	2 (5,3)
Rò mật	1 (2,6)
Chảy máu	0 (0)
Tràn dịch màng phổi	3(7,9)
Thời gian nằm viện, (X ± SD) (min – max), ngày	8, 8 ± 6,1 (5 - 20)

Nhận xét:

- Tỷ lệ biến chứng chung là 15,8%,
- Không gặp các biến chứng nặng như suy gan hay chảy máu.
- Thời gian nằm viện trung bình là 8,8 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam/nữ là 4,4/1, nam giới chiếm đa số. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương với nhiều nghiên cứu trong nước đã công bố trước đây như Trần Công Duy

Long¹, Nguyễn Đình Song Huy³, Portalani N.⁴, Cha D.I⁴. Chúng tôi nhận thấy sự tương đồng về tỷ lệ mắc ở nam cao hơn rõ rệt so với nữ của các tác giả nước ngoài với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 58,1± 11,37, tuổi thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 77 tuổi. Tỷ lệ mắc UTG theo nhiều tác giả tăng dần theo tuổi do những tổn thương mạn tính lâu ngày, kết hợp các yếu tố nguy cơ dẫn đến xơ gan và tiến triển thành ung thư gan, bên cạnh đó các tổn thương ác tính di căn đến gan cũng thường

gặp ở nhóm bệnh nhân cao tuổi hơn.

Triệu chứng lâm sàng của UTG rất nghèo nàn, ở giai đoạn sớm UTG thường không có triệu chứng và hầu hết bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân vào viện vì lí do đau bụng là 15,8%; gầy sút cân là 10,6%; Tỷ lệ bệnh nhân tình cờ phát hiện bệnh là 71,1%, trong đó có 39,5% bệnh nhân có tiền sử viêm gan đang được điều trị và theo dõi định kỳ, 31,6% bệnh nhân phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe. Các triệu chứng khác như vàng da nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được lần lượt là 2,6%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự Nguyễn Hoàng⁵, tác giả tổng kết được tỷ lệ bệnh nhân tình cờ phát hiện u gan chiếm 47,8%; đau bụng HSP 34,8%, gầy sút cân 17,4%.

Đặc điểm cận lâm sàng.

Viêm gan virus là nguyên nhân quan trọng hàng đầu gây ra UTTBG, mối liên quan giữa các nhiễm trùng mạn tính với HBV và HCV và UTTBG đã được ghi nhận và chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ viêm gan B chiếm 71% bệnh nhân nghiên cứu. Tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan B-C là 2,6%. Tỷ lệ bệnh nhân UTTBG không có tiền sử nhiễm trùng mạn tính với virus viêm gan trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 10,6%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp do nước ta nằm trong vùng dịch tễ của viêm gan B và đã có nhiều nghiên cứu trong nước trước công bố trước đây như của Trần Công Duy Long¹ (56,8%)

Trung vị Nồng độ AFP huyết thanh là 117 (3,45 – 1668) ng/mL. Nhóm BN có nồng độ AFP < 20, 20 – 400, > 400 ng/mL lần lượt là 47,4%, 28,9%, và 23,7%. Định lượng AFP rất quan trọng, có giá trị trong phát hiện và chẩn đoán sớm ung thư biểu mô tế bào

gan. Việc chọn mức giá trị của AFP để chẩn đoán UTBMTBG hiện nay còn chưa thống nhất. NC của Schwarts và cộng sự (2018) thấy khi AFP = 20 ng/ml thì chẩn đoán UTBMTBG có độ nhạy là 60%, độ đặc hiệu là 91%. Nếu AFP = 200 ng/ml thì độ nhạy chỉ còn 52,6% nhưng độ đặc hiệu tăng lên 99%. BN có mức AFP >1000 ng/ml có nguy cơ tái phát cao sau cắt và ghép gan, không phụ thuộc vào kích thước khối u. Tuy nhiên theo hướng dẫn của Hiệp hội Nghiên cứu bệnh Gan Mỹ và châu Âu đã loại AFP ra khỏi tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan.

Chức năng gan: Trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, chức năng gan được xem là yếu tố rất quan trọng, liên quan đến biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Phân loại Child Pugh có ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị. Đánh giá chức năng gan trước mổ dựa theo phân loại Child-Pugh được coi là tiêu chuẩn quan trọng khi chỉ định cắt gan. Hầu hết các tác giả thống nhất: chỉ định phẫu thuật cắt gan lớn khi BN ung thư biểu mô tế bào gan có chức năng Child A, cắt gan chọn lọc cho những BN Child B, không nên cắt gan cho những BN phân loại Child C.

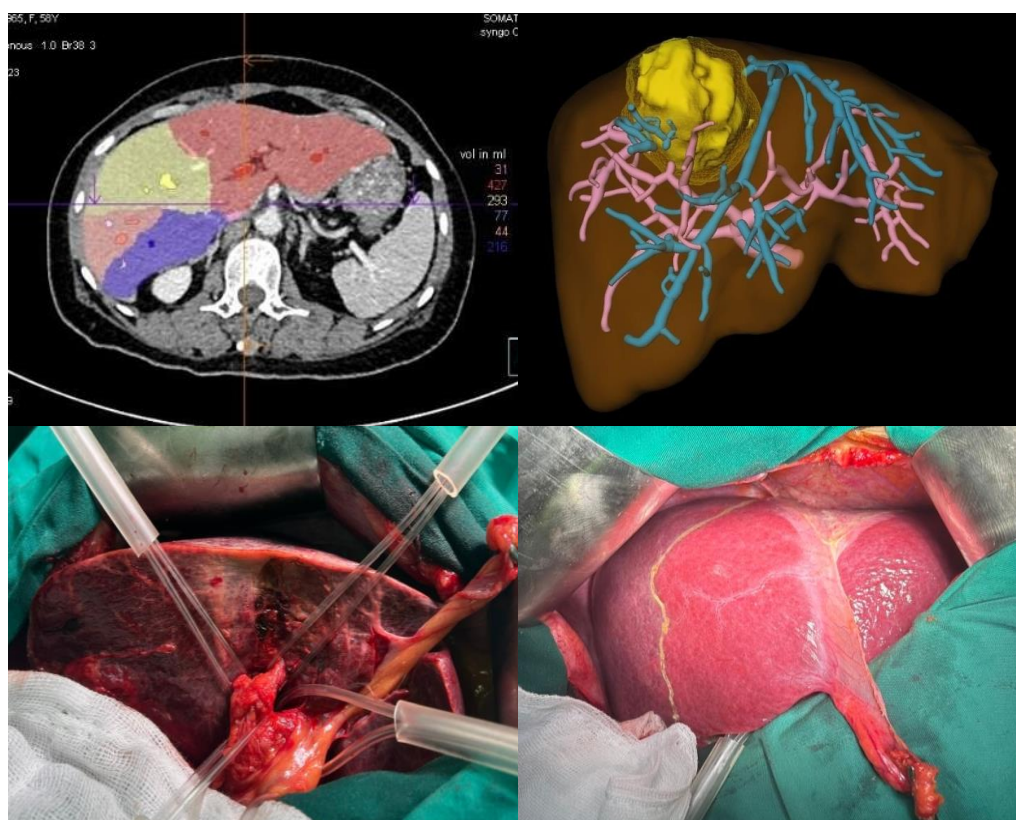
Số lượng và kích thước khối u: Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân có 1 u (71%). Tác giả Kobayashi T⁶ (2017) trong mô hình phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tái phát sớm sau mổ cắt gan do UTBMTBG của mình thấy rằng, nhiều u là yếu tố tiên lượng độc lập với tái phát sớm trong vòng 2 năm (OR=3.55), với p=0.012.

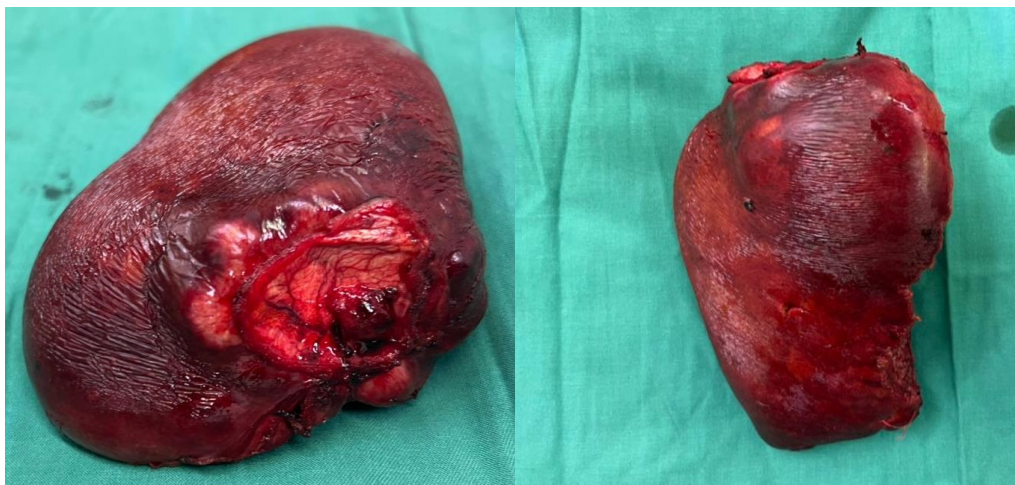
Kích thước u trung bình là 4,9±2,7cm(2 - 16). Tỷ lệ u > 5cm là 26,3%. Đối chiếu với y văn, nhiều nghiên cứu cho thấy, kích thước

khối u > 5cm có tiềm năng ác tính cao hơn do tăng nguy cơ di căn trong gan và xâm lấn tĩnh mạch cửa từ đó tăng nguy cơ tái phát sớm sau mổ. Nghiên cứu của Wei T⁷ và cộng sự (2021) khi phân tích đa biến thấy rằng, khối u có kích thước > 5cm là yếu tố tiên lượng độc lập tái phát sớm, trong đó bệnh nhân có nguy cơ tái phát sớm trong vòng 8 tháng cao gấp 1.6 lần so với khối u có kích thước ≤ 5cm, với $p = 0.031$. Hướng dẫn điều trị UTBMTBG mới nhất của BCLC 2022 và JSH 2021 cho thấy với khối u đơn độc thì bất kể kích thước đều có chỉ định cắt gan. Đánh giá phân loại giai đoạn ung thư gan rất quan trọng vì quyết định đến chiến thuật điều trị và tiên lượng. Tuy nhiên, do đặc điểm khác

biệt của ung thư biểu mô tế bào gan thường xuất hiện trên nền gan xơ nên chỉ định cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan cần dựa vào 3 yếu tố chính: giai đoạn của khối u, chức năng gan, toàn trạng chung của BN.

Trong phẫu thuật cắt gan, nhất là những trường hợp cắt gan lớn thì đường mở bụng là một trong những yếu tố góp phần cho sự thành công của phẫu thuật. Vấn đề lựa chọn đường mở bụng nào giữa đường dưới sườn phải, đường chữ J hay đường Mercedes phụ thuộc nhiều vào thói quen phẫu thuật viên. Dựa vào các kết quả thu được các tác giả khuyến cáo nên sử dụng đường dưới sườn phải như đường mở bụng chính trong phẫu thuật cắt gan.





Phương pháp cắt gan và kiểm soát cuống gan: Tỷ lệ bệnh nhân cắt gan nhỏ trong nghiên cứu chiếm đa số với 60,5%. Trong nghiên cứu, chúng tôi tiến hành cắt gan theo giải phẫu cho 25/38 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 65,8%. Chúng tôi kiểm soát cuống gan chọn lọc ở 25/38 bệnh nhân khi cắt gan theo giải phẫu nhằm đánh dấu đường cắt sau đó sẽ chuyển phương pháp kiểm soát cuống gan chọn lọc sang kiểm soát cuống gan ngắt quãng đây là phương pháp (cấp 15 phút – thả 5 phút) được được Belghiti⁸ đề xuất năm 1999. Kỹ thuật này nhằm hai mục tiêu: (1) giới hạn tổn thương thiếu máu nhu mô trong vùng gan chuẩn bị cắt và (2) xác định chính xác ranh giới của vùng gan cần cắt bằng cách tạo vùng gan thiếu máu đôi màu.

Cắt nhu mô gan: Để tiến hành cắt nhu mô gan có nhiều phương tiện khác nhau như: Kim Kelly, dao siêu âm, dao Ligasure, dao CUSA, hoặc kết hợp các phương tiện trên. Tuy đánh giá thực tế tình trạng của nhu mô gan mà chúng tôi có lựa chọn các phương pháp cắt nhu mô gan khác nhau. Trong khoảng thời gian đầu mới triển khai kỹ thuật, các trang thiết bị còn thiếu, chúng tôi sử

dụng Kelly để cắt đốt nhu mô gan. Sau khi được trang bị Ligasure và Harmonic, chúng tôi sẽ đánh giá nhu mô gan khi mở bụng để xác định phương tiện được sử dụng. Đối với nhu mô gan xơ hoá, mật độ cứng chắc chúng tôi có xu hướng sử dụng Harmonic do ưu thế lưỡi dao bằng kim loại, khoẻ, dễ dàng phá huỷ nhu mô gan thô cứng. Còn đối với các nhu mô gan mềm mại, chúng tôi có xu hướng sử dụng Ligasure.

Kết quả ngắn hạn sau mổ cắt gan: Tỷ lệ biến chứng chung là 15,8%, bao gồm tràn dịch màng phổi 7,9%; Báng bụng 5,3%; Rò mật 2,6%. Không gặp các biến chứng nặng như suy gan hay chảy máu. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong NC này là $8,8 \pm 6,1$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 20 ngày. Trường hợp bệnh nhân nằm viện lâu nhất là do rò mật + báng bụng/Xơ gan tiến triển sau cắt gan trung tâm. Chúng tôi đã tiến hành điều trị nội khoa tích cực nhưng kết quả không cải thiện. Sau đó bệnh nhân được chuyển tuyến trên điều trị tiếp. Kết quả này của chúng tôi tương tự thời gian nằm viện trung bình qua các thống kê của các tác giả trong và ngoài nước: Hu (2009): 12 ± 4 ngày, Lê Lộc (2010): $13,7 \pm 2,3$ ngày, Bai Ji

(2012): $12 \pm 1,5$ ngày, Dương Huỳnh Thiện (2016); $10,4 \pm 2,4$ ngày⁹.

Về kết quả giải phẫu bệnh khối u sau mổ, do chúng tôi thống kê tất cả số bệnh nhân ung thư gan được phẫu thuật nên sẽ có sự khác biệt với các tác giả khác. Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân của chúng tôi bị ung thư gan nguyên phát bao gồm ung thư biểu mô tế bào gan và ung thư đường mật trong gan, chiếm tỷ lệ 92,2%, số còn lại là các bệnh nhân ung thư di căn gan.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân có tuổi trên 50 tuổi, nam nhiều hơn nữ. Dấu hiệu lâm sàng của bệnh khá nghèo nàn và kín đáo: chủ yếu tình cờ phát hiện khối u, u thường lớn < 5 cm. Cắt gan nhỏ là chủ yếu (60,5%), Biến chứng sau mổ là 15.8%, nhưng ít biến chứng nặng, và không ghi nhận bệnh nhân tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Công Duy Long.** Đánh giá vai trò phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2016.
2. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Ca Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
3. **Nguyen-Dinh SH, Do A, Pham TND, Dao DY, Nguy TN.** 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.* 2018; 10(1):116-123.
4. **Phạm Ngọc Hùng.** Đánh giá một số yếu tố liên quan đến tái phát sớm sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2022
5. **Nguyễn Hoàng.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật do ung thư tế bào gan sau nút động mạch gan. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2017.
6. **Kobayashi T, Aikata H, Kobayashi T, et al.** Patients with early recurrence of hepatocellular carcinoma have poor prognosis. *Hepatobiliary Pancreat Int.* 2017; 16(3):279-288.
7. **Wei T, Zhang XF, Bagante F, et al.** Early versus late recurrence of hepatocellular carcinoma after surgical resection based on post-recurrence survival: an International multi-institutional analysis. *J Gastrointest Surg.* 2021;25(1):125-133.
8. **BJ, Noun R., Malafosse R.** Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study. *Annals of surgery.* 1999;229(3):369-75.
9. **Trần Mạnh Hùng, Trần Quế Sơn.** Kết quả gần cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;514(1):181-186.