

# CẮT GAN LỚN, CẮT ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN KẾT HỢP CẮT ĐOẠN MẠCH MÁU TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT QUANH RỖN GAN XÂM LẤN MẠCH

Ninh Việt Khải<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Trung<sup>1</sup>,  
Hoàng Tuấn<sup>1</sup>, Trần Đình Dũng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Thông báo kết quả sau mổ ung thư đường mật quanh rốn gan (peri hilar cholangiocarcinoma) xâm lấn mạch máu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023 những trường hợp ung thư đường mật quanh rốn gan có xâm lấn mạch máu được cắt gan lớn, cắt đường mật ngoài gan và cắt đoạn mạch máu tại trung tâm ghép tạng bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Có 2 bệnh nhân ung thư đường mật quanh rốn gan xâm lấn mạch: bệnh nhân 1 có chẩn đoán ung thư đường mật quanh rốn gan loại 3a được cắt gan phải và hạ phân thùy 1, cắt đường mật ngoài gan kèm cắt đoạn tĩnh mạch (TM) cửa, nối thần chính TM cửa với TM cửa trái. Bệnh nhân 2 chẩn đoán ung thư đường mật quanh rốn gan loại 3b được cắt gan trái và hạ phân thùy 1, cắt đường mật ngoài gan, cắt đoạn TM cửa nối TM cửa thân chính với TM cửa phải và cắt đoạn động mạch (ĐM) gan nối ĐM gan phải với ĐM vị tá tràng. Cả 2 bệnh nhân diễn biến sau mổ ổn định, không có biến chứng sau mổ. Hiện bệnh nhân 1 sau mổ 1.5 năm và bệnh nhân 2 sau mổ 1 năm, ổn định và không có tái phát sau mổ. **Kết luận:** ung thư đường mật quanh rốn gan xâm lấn mạch máu được phẫu thuật an toàn, đạt tính triệt căn và bước đầu đem lại kết quả điều trị khả quan sau mổ.

## SUMMARY

### MAJOR LIVER RESECTION, EXTRAHEPATIC DUCT RESECTION AND COMBINED WITH VASCULAR RESECTION IN SURGICAL TREATMENT FOR PERIHILAR CHOLANGIOCARCINOMA INVASED TO VESSELS

**Objective:** to report the results after surgery for peri hilar cholangiocarcinoma with vascular invasion. **Methods:** Retrospective study from June 2022 to June 2023 of cases of peri hilar cholangiocarcinoma with vascular invasion undergoing major hepatectomy, extrahepatic bile duct resection, and vascular resection at the organ transplant center of Viet Duc hospital. **Results:** There were 2 patients with perihilar cholangiocarcinoma with vascular invasion: patient 1 was diagnosed with type 3a perihilar cholangiocarcinoma and underwent right liver and segment 1 resection, extrahepatic bile duct resection with portal vein resection, anatomosed main porta

vein with left porta vein.. Patient 2 was diagnosed with type 3b perihilar cholangiocarcinoma and had the left hepatectomy, extrahepatic bile duct resection, portal vein resection and anatomosed the main portal vein with the right portal vein and hepatic artery resection then anatomosed the right hepatic artery with gastroduodenal artery. Postoperative status of both patients was stable, with no postoperative complications. Currently, patient 1 is 1.5 years after surgery and patient 2 is 1 year after surgery, stable and has no recurrence after surgery. **Conclusion:** Perihilar cholangiocarcinoma with vascular invasion can be safely performed and achieved radical surgery and initially encouraging results after surgery.

**Keywords:** perihilar cholangiocarcinoma, major liver resection, hepatic vascular resection

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật là một loại ung thư hiếm gặp chiếm 3% trong tất cả các khối u đường tiêu hóa, nhưng có tính chất xâm lấn cao. Tùy theo vị trí ung thư đường mật được chia thành ung thư đường mật trong gan, quanh rốn gan và ngoài gan, trong đó ung thư đường mật quanh rốn gan chiếm 50% tổng số ca mắc.[1] Phẫu thuật ung thư đường mật quanh rốn gan là phẫu thuật khó và là thách thức đối với các phẫu thuật viên. Đặc biệt nhiều phẫu thuật viên gan mật coi các trường hợp ung thư đường mật quanh rốn gan xâm lấn TM cửa, ĐM gan là không thể cắt bỏ được do tính chất "tiến triển tại chỗ" của khối u.[2] Những phát triển gần đây trong liệu pháp chống ung thư cho thấy hóa trị có thể cải thiện tình trạng của bệnh nhân mắc bệnh ác tính đường mật không thể cắt bỏ. Tuy nhiên, thời gian sống sót trung bình chỉ là 11–13 tháng. Ngược lại, những bệnh nhân trải qua phẫu thuật với mục đích triệt căn có thời gian sống kéo dài 40–50 tháng và tỷ lệ sống sót chung sau 5 năm là 35–45%. Theo nghiên cứu của T.Sugiura năm 2021 trên 238 trường hợp ung thư đường mật vùng rốn gan thì nhóm cắt cả ĐM gan và TM cửa có thời gian sống trung bình là 24 tháng, thấp hơn các nhóm chỉ cắt ĐM gan hoặc cắt TM cửa, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng đều cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân không phẫu thuật mà được điều trị bằng hóa trị liệu đơn thuần.[3] Tại Việt Nam, ung thư đường mật quanh rốn gan thường chỉ được thực hiện ở các bệnh viện lớn và những

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

báo cao liên quan đến phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư đường mật rốn gan có xâm lấn mạch là rất ít. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm bước đầu nhận định kết quả phẫu thuật cắt gan lớn, cắt đường mật ngoài gan và cắt mạch máu trong ung thư đường mật quanh rốn gan xâm lấn mạch.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân ung thư đường mật quanh rốn gan được cắt gan lớn cắt đường mật ngoài gan, cắt mạch do ung thư xâm lấn mạch tại trung tâm ghép tạng bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 06/2022 – 06/2023.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Nghiên cứu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật phẫu thuật và kết quả sau mổ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

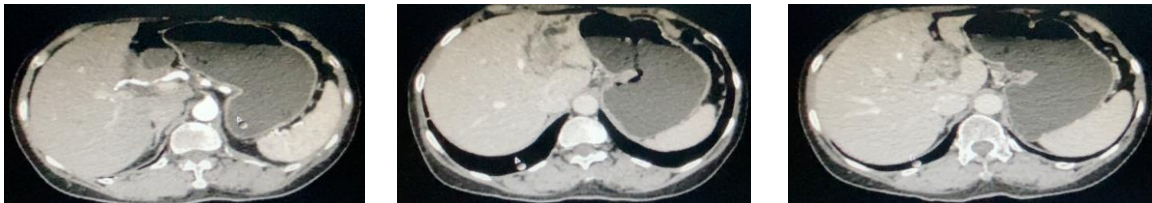
Có 2 bệnh nhân được cắt gan lớn, cắt đường mật ngoài gan và cắt mạch do ung thư đường mật quanh rốn gan trong thời gian từ 6/2022-6/2023

**3.1. Ca lâm sàng 1**

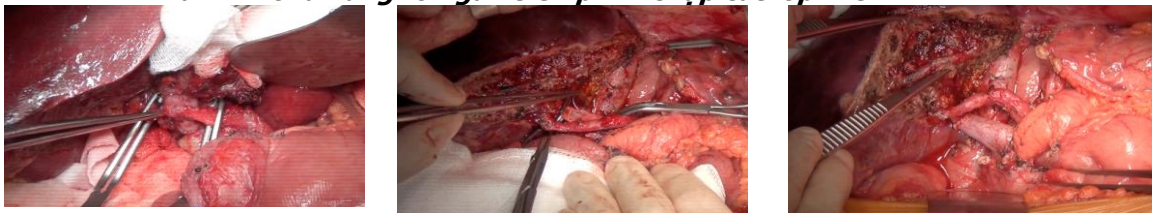
**3.1.1. Lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ.** Bệnh nhân nữ 64 tuổi, tiền sử mổ u xơ tử cung cách 10 năm, đi khám vì cảm thấy đau tức âm ỉ vùng thượng vị kèm sút 5kg trong 1 tháng. Xét nghiệm trước mổ: Hồng cầu 4,6 T/l, Hemarocrit 42,1%, Hemoglobin 142 g/l, xét

NGHIỆM chức năng gan trong giới hạn bình thường: Bilirubin toàn phần 12,5 mmol/dl, Albumin 40 g/l, prothrombin 100%, chất chỉ điểm ung thư không tăng: CA 19-9: 20.89. Bệnh nhân không có viêm gan B, C. Bệnh được chụp cắt lớp vi tính phát hiện có một khối ung thư đường mật vùng rốn gan type 3B gây giãn đường mật trong gan 2 bên (chủ yếu bên trái), huyết khối hoàn toàn TM cửa trái, đồng thời ôm quanh ĐM gan phải. Chẩn đoán trước mổ: U klaskin type 3B (U đường mật ống gan T) xâm lấn ĐM gan P và TM cửa T gây huyết khối.

**3.1.2. Phẫu thuật.** BN được mở bụng đường chữ J dưới sườn phải, thăm dò trong mổ thấy gan không xơ, không bị ứ mật, khối u vùng rốn gan lan lên đường mật gan trái xâm lấn và bao quanh đoạn đầu ĐM gan phải và toàn bộ ĐM gan trái. TM cửa trái bị u xâm lấn và có huyết khối gây tắc hoàn toàn, khối u xâm nhiễm cứng đến vùng ngã ba TM cửa. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng không thấy tổn thương di căn xa. Tiến hành cắt gan trái và HPT I, cắt đoạn ĐM gan phải và gan riêng, cắt đoạn TM cửa trái, nối TM cửa phải với thân chung TM cửa, nối mật ruột kiểu Roux-en-y. Do ĐM vị tá tràng tương đối dài, đồng thời không thể nối ĐM gan riêng với ĐM gan phải trực tiếp do đoạn mạch cắt dài, chúng tôi quyết định thắt ĐM vị tá tràng sát nhu mô tụy, xoay ĐM vị tá tràng lên nối với ĐM gan phải. Thời gian mổ là 420 phút, không phải truyền máu trong mổ, không có tai biến trong mổ.



**Hình 1: Hình ảnh khối u vùng rốn gan trên phim chụp cắt lớp vi tính**



**Hình 2: Ảnh trong mổ cắt đoạn ĐM gan, TM cửa và miệng nối sau hoàn thành**

**3.1.3. Diễn biến sau mổ và tình trạng hiện tại.** Sau mổ BN được rút ống NKQ, về khoa điều trị 12h sau mổ. Diễn biến sau mổ ổn định, men gan giảm dần qua các ngày, chức năng gan bình thường. Siêu âm doppler miệng nối ĐM gan và TM cửa thông tốt, phổ và tốc độ bình thường. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư đường mật

trong gan tuýp ống lớn, các diện cắt không có tế bào ung thư, hạch không có di căn ung thư. BN ra viện sau 11 ngày. Hiện tại sau mổ 1.5 năm, BN không có dấu hiệu tái phát bệnh, phải nhập viện điều trị 1 lần cách 1 tháng do nhiễm trùng đường mật, đã ổn định.

**Bảng 1: Xét nghiệm chức năng gan sau**

**mổ của bệnh nhân 1**

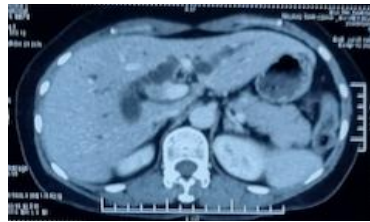
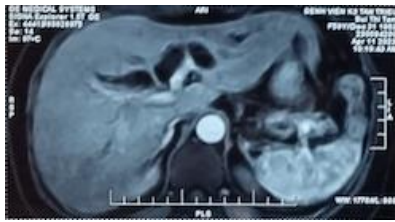
Xét nghiệm	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 5	Ngày 7	Ra viện
GOT (u/l)	256	88,9	30,6	22,2	22,4
GPT (u/l)	253,6	178,5	84,2	22,7	22,2
T Bilirubin (mmol/dl)	14,5	19,8	34,5	23,9	14,7
PT%	75	72	70	74	74

**3.2. Ca lâm sàng 2**

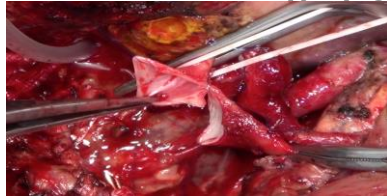
**3.2.1. Lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ.** Bệnh nhân nữ 59 tuổi, cân nặng 57 kg, tiền sử cao huyết áp, đi khám bệnh vì vàng da tăng dần từ cách 2 tuần. Xét nghiệm trước mổ Hồng cầu 4,32 T/l, Hematocrit 37,7%, Hemoglobin 124 G/l. Xét nghiệm chức năng gan; Bilirubin toàn phần 197,8 mmol/dl, GOT/GPT 61,2 / 86,4, prothrombin 88%. Chất chỉ điểm ung thư CA19-9 53 U/ml, CEA 35,3 ng/ml, không viêm gan B, C. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ phát hiện không u đường mật quanh rốn gan loại 3a, nghi ngờ xâm lấn TM cửa P và đoạn đầu thân chung, giãn đường mật trong gan đến ngã ba đường mật. Chẩn đoán trước mổ: ung thư đường mật quanh rốn gan loại 3a, nghi

ngờ xâm lấn TM cửa P và thân chung. Thể tích gan T 591 cm<sup>3</sup>, tỉ lệ thể tích gan (cm<sup>3</sup>)/trọng lượng cơ thể (gr) > 1% đảm bảo để cắt gan P tuy nhiên do Bilirubin toàn phần cao, chúng tôi tiến hành dẫn lưu đường mật qua da xuyên gan T nhằm giảm bilirubin toàn phần. Bệnh nhân được cho tạm ra viện, điều trị hỗ trợ gan sau 4 tuần, kiểm tra trước mổ bilirubin toàn phần giảm còn 35,5 mmol/dl

**3.2.2. Phẫu thuật.** BN được mở bụng đường chữ J dưới sườn phải, thăm dò trong mổ thấy gan ứ mật xám máu, khối u quanh rốn gan thể thâm nhiễm cứng bắt đầu từ ống gan chung lan lên đường mật gan phải xâm lấn vào TM cửa P và ngã 3 TM cửa, u xâm lấn ĐM gan P đoạn xa chỗ chia ĐM gan phải và trái. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng không thấy tổn thương di căn xa. Tiến hành cắt gan phải và HPT I, cắt đoạn TM cửa phải và ngã 3 TM cửa, nối TM cửa trái với thân chung TM cửa, nối mật ruột kiểu Roux-en-y. Thời gian mổ là 400 phút, trong mổ truyền 2 đơn vị hồng cầu khối cùng nhóm, không có tai biến trong mổ.



**Hình 3: Hình ảnh chụp cộng hưởng từ và chụp mật qua da sau khi dẫn lưu đường mật**



**Hình 4: Hình ảnh cắt đoạn và nối TM cửa và hình bệnh phẩm gan P kèm hạ phân thủy 1**

**3.2.3. Diễn biến sau mổ và tình trạng hiện tại.** Sau mổ BN được rút ống NKQ, về khoa điều trị 72h sau mổ. Diễn biến huyết động sau mổ ổn định, Hồng cầu vf Hematocrit luôn trong ranh giới bình thường. men gan tăng mạnh vào ngày 1 sau mổ và giảm về bình thường vào ngày 7. Bilirubin tăng cao nhất vào ngày 3 sau mổ (322,8 mmol/dl) và giảm dần từ ngày 7. Siêu âm doppler miệng nối TM cửa thông tốt, phổ và tốc độ bình thường. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư đường mật kèm biệt hoá tuỷ mật tụy, các diện cắt không có tế bào ung thư, xâm nhập quanh mạch máu, di căn 4/12 hạch (di căn hạnh vùng cuống gan), các diện cắt không có di căn ung thư. BN ra viện sau 17 ngày. Hiện tại sau

mổ 1 năm, BN không có dấu hiệu tái phát bệnh.

**Bảng 2: Xét nghiệm chức năng gan sau mổ của bệnh nhân 2**

Xét nghiệm	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 7	Ngày 11	Ra viện
GOT (u/l)	348	70,3	28,9	32,7	35,1
GPT (u/l)	270	86,4	23,7	19,4	12,3
T Bilirubin (mmol/dl)	236,2	322,8	272,6	256,5	211,2
PT%	50	56	76	83	88

**IV. BÀN LUẬN**

Năm 1965, Klatskin lần đầu tiên mô tả chi tiết đặc điểm lâm sàng của 13 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến tại rốn gan[4]. Đáng chú ý là 3 trong số 13 bệnh nhân có khối cứng chắc,

đường kính 5–10 cm, tập trung ở chỗ phân nhánh và kéo dài sâu vào nhu mô gan. Ba trường hợp này đều nằm trong gan thuộc tuýp ung thư biểu mô đường mật quanh rốn gan (perihilar cholangiocarcinoma). Dường như ngay từ nghiên cứu này, tác giả đã không chỉ nhắc đến những ung thư đường mật rốn gan (hilar cholangiocarcinoma) là những khối u phát triển từ những nhánh đường mật chính (ống gan chung, ống gan trái và phải), mà còn đã đề cập đến những khối u đường mật phát triển từ những nhánh đường mật trong gan lan vào vùng rốn gan, thuộc nhóm ung thư đường mật quanh rốn gan.

Năm 1996, nhóm nghiên cứu của đại học Johns Hopkins đề xuất một phân loại mới về ung thư đường mật dựa trên phương pháp phẫu thuật cần thiết để điều trị bệnh [5]. Theo phân loại này, ung thư biểu mô đường mật quanh rốn gan được định nghĩa là ung thư đường mật liên quan hoặc cần cắt bỏ chỗ hợp lưu ống gan. Mặt khác, u đường mật trong gan được định nghĩa là ung thư đường mật giới hạn ở gan mà không xâm lấn rốn gan hoặc chỉ cần cắt gan. Do đó, ung thư đường mật có thành phần trong gan xâm lấn rốn gan được đưa vào loại quanh rốn (Perihilar) hơn là loại trong gan. Hiện tại, định nghĩa được phát triển bởi Ebata và cộng sự năm 2014 rõ ràng và dễ hiểu hơn do đó nên được sử dụng [6]. Ung thư đường mật quanh rốn gan được định nghĩa là ung thư đường mật liên quan đến đường mật rốn gan (phần đường mật nằm theo cấu trúc liên kết nằm giữa phía bên phải của phần rốn gan tĩnh mạch cửa trái và phía bên trái chỗ xuất phát của tĩnh mạch cửa PT sau bên phải); đối với các khối u có nhu mô gan đáng kể, trung tâm của khối phải nằm giữa các mốc cửa nói trên.

Nói về giải phẫu, ĐM gan phải và TM cửa phải thường liên quan chặt chẽ với mật sau của chỗ hợp lưu đường mật và thường tiếp xúc với khối u tại ngã ba đường mật [7]. Thành ống mật ở rốn gan rất mỏng nên khối u vùng này dễ dàng xâm lấn các thành phần xung quanh như ĐM, TM hay bạch huyết. Do đó ung thư đường mật quanh rốn gan khi phát hiện thường đã ở giai đoạn muộn và xâm lấn vào các thành phần khác ở rốn gan làm khối u không còn khả năng phẫu thuật cắt bỏ, hoặc có thể cắt nhưng cần phải cắt kèm ĐM gan hoặc TM cửa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở bệnh nhân 1, ung thư đường mật quanh rốn gan loại 3b xâm lấn ĐM gan riêng và ĐM gan T và gan P, xâm lấn TM cửa T và hội lưu TM cửa P và T, chúng tôi tiến hành phẫu tích kiểm soát đoạn xa ĐM gan P và

ĐM gan chung, ĐM vị tá tràng và đoạn đầu ĐM gan riêng cách bờ u 1 cm. TM cửa P đoạn xa và thân chính TM cửa cũng được phẫu tích và kiểm soát. Đường mật gan P đoạn trên hội lưu khoảng 1 cm mềm mại. Chúng tôi tiến hành cắt ĐM gan riêng và ĐM gan P, do khoảng cách miệng ĐM gan riêng và gan P khá xa, không nối với nhau được, đồng thời ĐM vị tá tràng khá dài (2,5 cm), chúng tôi phẫu tích và thắt đầu xa ĐM vị tá tràng và xoay lên nối với ĐM gan P mà không cần đoạn mạch ghép. Cắt đoạn TM cửa thân chính, hội lưu và TM cửa P được thực hiện về sau, khi theo dõi đánh giá miệng nối ĐM gan thông tốt và đường cắt nhu mô gan T và hạ phân thùy 1 hoàn thành, giúp việc khâu nối được rộng rãi và thuận lợi (sau khi lấy bỏ bệnh phẩm). Ở bệnh nhân 2, việc phẫu tích kiểm soát TM cửa T và thân chính cũng được thực hiện ở giai đoạn đầu cuộc mổ nhằm đánh giá khả năng cắt bỏ. Việc cắt đoạn TM cửa T và TM cửa thân chính cũng được thực hiện về sau, bệnh phẩm gan P và hạ phân thùy sau được loại bỏ giúp việc khâu nối được dễ dàng. Tương tự và Trên thế giới đã có những nghiên cứu về cắt gan lớn kèm cắt mạch máu trong điều trị ung thư đường mật quanh rốn gan. Hai trường hợp đầu tiên cắt ĐM gan và TM cửa đồng thời do ung thư đường mật quanh rốn gan được Tsuzuki và cộng sự báo cáo năm 1983 là hai bệnh nhân được cắt gan trái, đạt được kết quả sống thêm là 12 tháng và 18 tháng.

Đến năm 2003, Shimada và cộng sự đã báo cáo kết quả một loạt BN ung thư biểu mô túi mật và ung thư đường mật quanh rốn gan, trong đó có 6 trường hợp cắt ĐM gan đơn thuần và 6 trường hợp cắt đồng thời ĐM gan và TM cửa. Tỷ lệ sống sót sau 3 và 5 năm ở 12 BN này lần lượt là 32% và 18%. Đáng chú ý là các BN ung thư biểu mô túi mật đều có tỷ lệ sống thêm rất kém (đều tử vong trong 18 tháng sau mổ [8]). Đặc biệt, gần đây hơn, vào năm 2021 khi Sugiura và cộng sự đưa ra một báo cáo rất lớn trên 238 BN ung thư đường mật quanh rốn gan, trong đó có 85 BN có cắt mạch máu kèm theo, gồm 31 BN chỉ cắt ĐM, 37 BN chỉ cắt TM và đặc biệt 17 BN có cắt cả ĐM và TM. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt không ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sống thêm sau 3 năm, 5 năm ở nhóm có cắt mạch (49,2%, 27,7%) và không cắt mạch (60,5%, 44,2%). Tuy nhiên, cả 2 nhóm trên đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với những bệnh nhân không phẫu thuật mà chỉ hóa trị đơn thuần (3,5%, 0%). Trong 85 BN có cắt mạch máu, có 17 BN (chiếm 20%) sống sau 5 năm, trong đó có 14 BN không có tái phát ung thư. Tỷ lệ sống thêm sau 3 năm, 5 năm ở nhóm chỉ cắt

ĐM gan (51%, 34%), nhóm chỉ cắt tĩnh mạch cửa (51%, 27%) và nhóm cắt cả ĐM và TM (40%, 20%) với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều đó cho thấy, việc cắt ĐM gan do u xâm lấn không phải là yếu tố tiên lượng xấu ảnh hưởng đến thời gian sống sau mổ. Tuy nhiên ở nhóm có mức CA 19-9 thấp (dưới 37 U/ml), thời gian sống thêm trung bình ở nhóm có cắt mạch máu dài hơn đáng kể (50 tháng so với 34 tháng), còn với mức CA 19-9 cao hơn, thời gian sống thêm trung bình tương đương nhau giữa 2 nhóm [3].

## V. KẾT LUẬN

Ung thư đường mật quanh rốn gan là bệnh ác tính cao với tỉ lệ sống trên 5 năm thấp. Phẫu thuật cắt gan, đường mật ngoài gan, vét hạch kèm cắt mạch máu đồng thời trong điều trị ung thư đường mật quanh rốn gan xâm lấn mạch là phẫu thuật khó giúp kéo dài thời gian sống sau mổ cho bệnh nhân. Tuy nhiên, phẫu thuật viên phải nắm chắc giải phẫu gan, cuống gan, các kỹ thuật phẫu tích và xử lý mạch máu và cần nghiên cứu kỹ đánh giá đúng tổn thương trước mổ qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, lên phương án phẫu thuật hợp lý để có thể đạt được R0 – con đường quan trọng hàng đầu giúp kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Michelle L. DeOliveira et al., "Cholangiocarcinoma," Annals of Surgery 245, no.

5 (May 2007): 755–62, <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000251366.62632.d3>.

2. Jeroen L. A. van Vugt et al., "The Prognostic Value of Portal Vein and Hepatic Artery Involvement in Patients with Perihilar Cholangiocarcinoma," HPB 20, no. 1 (January 1, 2018): 83–92, <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2017.08.025>.
3. T Sugiura et al., "Major Hepatectomy with Combined Vascular Resection for Perihilar Cholangiocarcinoma," BJS Open 5, no. 4 (August 5, 2021): zrab064, <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrab064>.
4. Gerald Klatskin, "Adenocarcinoma of the Hepatic Duct at Its Bifurcation within the Porta Hepatis," The American Journal of Medicine 38, no. 2 (February 1965): 241–56, [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(65\)90178-6](https://doi.org/10.1016/0002-9343(65)90178-6).
5. A Nakeeb et al., "Cholangiocarcinoma. A Spectrum of Intrahepatic, Perihilar, and Distal Tumors," Annals of Surgery 224, no. 4 (October 1996): 463–75.
6. T Ebata et al., "Proposal to Modify the International Union Against Cancer Staging System for Perihilar Cholangiocarcinomas," British Journal of Surgery 101, no. 2 (December 23, 2013): 79–88, <https://doi.org/10.1002/bjs.9379>.
7. Takehiro Noji et al., "Concomitant Hepatic Artery Resection for Advanced Perihilar Cholangiocarcinoma: A Narrative Review," Cancers 14, no. 11 (May 27, 2022): 2672, <https://doi.org/10.3390/cancers14112672>.
8. Hiroshi Shimada et al., "Hepatic Resection Combined with Portal Vein or Hepatic Artery Reconstruction for Advanced Carcinoma of the Hilar Bile Duct and Gallbladder," World Journal of Surgery 27, no. 10 (October 2003): 1137–42, <https://doi.org/10.1007/s00268-003-6801-6>.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MỘNG THỊT GHEP KẾT MẠC RỜI BẰNG KEO FIBRIN TỰ THÂN

Phan Nhã Uyên<sup>1</sup>, Phạm Như Vĩnh Tuyên<sup>1</sup>,  
Hồ Nhật Quang<sup>1</sup>, Trần Xuân Cường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của mộng thịt và đánh giá hiệu quả cố định mảnh ghép kết mạc trong phẫu thuật điều trị mộng thịt của phương pháp tạo keo fibrin tự thân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 30 mắt của 30 bệnh nhân mộng thịt đến khám và phẫu thuật tại Khoa Mắt – Bệnh viện Trung ương Huế - Cơ sở 2 từ tháng 03/2023 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 54,36 ± 15,78

tuổi, có môi trường làm việc ngoài trời chiếm tỷ lệ 93,3% và đều cư trú ở khu vực nông thôn. Thị lực trung bình trước phẫu thuật, sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 0,57 ± 0,19; 0,68 ± 0,17; 0,70 ± 0,18; 0,71 ± 0,16. Độ loạn thị trung bình trước, sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 1,58 ± 0,69; 1,02 ± 0,39 và 0,98 ± 0,36. 100% phục hồi giác mạc tốt sau phẫu thuật 1 tháng. Phục hồi thẩm mỹ vùng ghép vạt tốt sau 1 tuần chiếm 93,33% và 100% sau 1 tháng. Biến chứng sau phẫu thuật 1 ngày co rút mảnh ghép 3,33%, sau 1 tuần có phủ mảnh ghép chiếm 6,67% và hoàn toàn ổn định sau 1 tháng. **Kết luận:** Keo fibrin tự thân có khả năng cố định mảnh ghép tốt. Đây là phương pháp an toàn về phương diện y học. Bệnh nhân không còn cảm giác kích thích do chỉ khâu mảnh ghép gây nên. Kết quả hậu phẫu đạt hiệu quả cao về tính thẩm mỹ và ít biến chứng. **Từ khóa:** mộng thịt, keo fibrin tự thân, kết mạc tự thân.

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Huế - Cơ sở 2

Chịu trách nhiệm chính: Phan Nhã Uyên

Email: phannhauyen15@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024