

NB trả lời đúng được định nghĩa của THA (HA tối đa ≥ 140 mmHg và hoặc HA tối thiểu ≥ 90 mmHg) chiếm tỷ lệ (75,4%). Về các triệu chứng hay gặp của bệnh THA, người bệnh thường biết đến triệu chứng đau đầu, hoa mắt, chóng mặt chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là (70,0%), (65,4%) và (62,3%).

NB biết rằng tăng huyết áp cần điều trị liên tục và suốt đời chiếm tỷ lệ 85,5%. Người bệnh biết rằng điều trị bệnh THA cần uống thuốc đúng theo đơn của bác sĩ chiếm tỷ lệ cao nhất là (80,0%). Có đến (20,0%) người bệnh trả lời rằng cần uống thuốc theo đơn của bác sĩ nhưng chỉ uống khi HA tăng hoặc khi có triệu chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2015).** World health statistics 2015, Risk factor.
2. **Van Minh H, Viet NL, Sinh CT, Hung PN, Mong Ngoc NT, Hung NV, Son TK, Dong NT, Thang DC, Tien HA, Tuan HC, Beaney T, Xia X, Poulter NR, Schlaich MP.** Blood pressure screening during the May Measurement Month 2017 programme in Vietnam-South-East Asia and Australasia. Eur Heart J Suppl. 2019 Apr;21(Suppl D):D127-D129. doi: 10.1093/eurheartj/suz076. Epub 2019 Apr 24. PMID: 31043900; PMCID: PMC6480040.
3. **Van Minh H, Lan Viet N, Sinh CT, Hung PN, Ngoc NTM, Van Hung N, Son TK, Dong NT, Thang DC, Thuan ND, Dinh Thoan N, Tien HA, Beaney T, Ster AC, Poulter NR.** May Measurement Month 2018: an analysis of blood

pressure screening results from Vietnam. Eur Heart J Suppl. 2020 Aug;22(Suppl H):H139-H141. doi: 10.1093/eurheartj/suaa049. Epub 2020 Aug 28. PMID: 32884495; PMCID: PMC7455300.

4. **Le C. and et al (2012),** "The economic burden of hypertension in rural south- west China", Tropical Medicine and International Health, 17(12), pp. 1544- 1551.
5. **Lê Thị Thanh Huyền cùng cộng sự (2019),** Thực trạng kiến thức và thực hành về lối sống ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, tạp chí khoa học điều dưỡng tập 2 số 3.
6. **Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Anh Thơ (2019),** Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành về dinh dưỡng của người bệnh tăng huyết áp nguyên phát điều trị tại bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh, Tạp chí y học Việt Nam tập 502, tháng 5, số 2 năm 2021.
7. **Trần Thị Thanh Hương và cộng sự (2021),** Mối tương quan giữa sự thay đổi một số chỉ số nhân trắc và tăng huyết áp ở người dân tại Từ Liêm, Hà Nội năm 2018. Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 143(7), 152-158.
8. **Phạm Phương Mai cùng cộng sự (2019),** Kiến thức về bệnh tăng huyết áp và thực hành quản lý bệnh tăng huyết áp của người trưởng thành tại huyện Quảng Xương, Thanh Hoá, Tạp chí nghiên cứu y học 144(8) năm 2020.
9. **Nguyễn Giang Nam cùng cộng sự (2019),** Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng tăng huyết áp của người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên tại xã Hóa Trung, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên, tạp chí Y học Việt Nam tập 486 tháng 1 số 1&2 năm 2020.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN Ở GAN HẠ PHÂN THUY 4

Võ Quan Thịnh¹, Trần Công Duy Long^{1,2}, Phạm Hồng Phú^{1,2},
Nguyễn Đức Thuận¹, Lê Tiến Đạt^{1,2}, Đặng Quốc Việt^{1,2},
Phan Phước Nghĩa¹, Nguyễn Quốc Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi và an toàn của PTNS điều ung thư biểu mô tế bào gan (UTTBG) ở hạ phân thùy (HPT) 4. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 10/2021 đến tháng 10/2024, có tất cả 44 bệnh nhân (BN) UTTBG ở HPT 4 được PTNS cắt gan tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. Chúng tôi hồi cứu mô tả các đặc điểm lâm sàng và kết quả sớm sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ nam giới

chiếm 88.6%, tuổi trung bình là 58 (14-72 tuổi). Có 18 trường hợp khối u nằm sát các mạch máu lớn của gan (40,9%). PTNS cắt gan trái và cắt gan HPT 4 chiếm tỉ lệ lần lượt là 61.4% và 38.6%. Thời gian mổ trung bình là 194 phút ((100-360 phút), lượng máu mất trung bình 162 ml (30-500ml). Không ghi nhận các biến chứng nghiêm trọng hay tử vong sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung vị là 6 ngày (4-12 ngày). Tất cả các trường hợp đều có bờ phẫu thuật âm tính. **Kết luận:** PTNS cắt gan điều trị UTTBG ở HPT 4 có thể thực hiện an toàn, ngay cả với các trường hợp khối u nằm gần các mạch máu lớn của gan.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào gan, hạ phân thùy 4, phẫu thuật nội soi cắt gan.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC LIVER RESECTION FOR TREATING

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Quan Thịnh

Email: tinh.vq1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025

HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN SEGMENT 4 OF THE LIVER

Objective: To evaluate the feasibility and safety of laparoscopic liver resection (LLR) for treating hepatocellular carcinoma (HCC) in segment 4 of the liver. **Subjects and Methods:** From October 2021 to October 2024, a total of 44 patients with HCC in segment 4 underwent LLR at the University Medical Center in Ho Chi Minh City. We conducted a retrospective study describing the clinical characteristics and early postoperative outcomes. **Results:** The male-to-female ratio was 88.6%, with a mean age of 58 years (range: 14–72). Tumors were located near major hepatic vessels in 18 cases (40.9%). Left hepatectomy and segment 4 liver resection accounted for 61.4% and 38.6% of cases, respectively. The mean operative time was 194 minutes (range: 100–360), and the mean blood loss was 162 mL (range: 30–500 mL). No severe complications or postoperative mortality were recorded. The median hospital stay was 6 days (range: 4–12). All cases achieved negative surgical margins. **Conclusion:** LLR for HCC in segment 4 of the liver is feasible and safe, even in cases where tumors are located near major hepatic vessels.

Keywords: hepatocellular carcinoma, segment 4, laparoscopic liver resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gan với ưu điểm ít xâm lấn, mang lại hiệu quả tốt về mặt ung thư học, được ứng dụng ngày càng rộng rãi trong điều trị khối u ác tính ở gan. UTTBG HPT 4 với vị trí nằm ở phần trung tâm của gan nên khối u có thể nằm sát rốn gan, cuống gan trái hay các tĩnh mạch lớn trong gan, được điều trị bằng phẫu thuật cắt gan hạ phân thùy 4 hoặc cắt gan trái. Mức độ cắt gan mở rộng phụ thuộc vào tình trạng xâm lấn hay chèn ép tĩnh mạch máu của khối u cũng như chức năng gan của BN. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về PTNS cắt gan điều trị khối u gan ác tính ở vị trí này. Nghiên cứu (NC) của chúng tôi đánh giá tính khả thi và an toàn của PTNS điều trị UTTBG ở HPT 4.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các BN được chẩn đoán UTTBG HPT 4 được điều trị bằng PTNS cắt gan từ tháng 10/2021 đến tháng 10/2024 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu: chọn cỡ mẫu thuận tiện.

2.3. Quy trình PTNS điều trị UTTBG HPT 4

Tư thế BN: nằm ngửa, 2 chân dạng, 2 tay khép. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay trái BN. Người thực hiện đứng bên tay phải BN, người cầm kính soi đứng giữa hai chân, người phụ đứng bên trái BN, điều dưỡng dụng cụ đứng bên

trái người thực hiện.

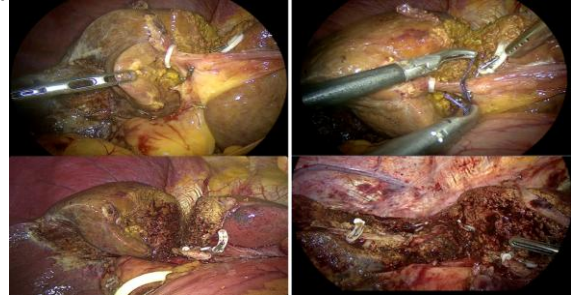
Vị trí trocar: Đặt trocar 10mm ở rốn, trocar 12mm bờ phải cơ thẳng bụng, ngang bên trái rốn, trocar 5mm ở bờ phải cơ thẳng bụng ngang bên phải rốn, trocar 5mm ở dưới sườn phải và trocar 5mm dưới sườn trái.

Quan sát ổ bụng, đánh giá bề mặt gan. Dùng dao cắt đốt siêu âm cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm. Cắt túi mật.

• **Cắt gan HPT 4.** Di động một phần gan thùy trái, một phần gan phải. Đánh dấu diện cắt gan giữa HPT 4 và gan thùy trái (từ dây bờ phải dây chằng liềm đến gốc tĩnh mạch gan trái). Kẹp cuống gan toàn bộ (Pringle). Dùng dao cắt đốt siêu âm, dao CUSA (cavitron ultrasonic surgical aspiration) cắt nhu mô gan tại ranh giới gan HPT 4 - gan thùy trái theo diện cắt đã đánh dấu.

Cắt các cuống gan HPT 4 từ cuống gan trái. Bộc lộ gốc tĩnh mạch gan giữa. Đánh dấu diện cắt gan giữa gan HPT 4 và gan phân thùy trước. Tiếp tục dùng dao cắt đốt siêu âm, dao CUSA cắt nhu mô gan tại ranh giới gan HPT 4 - gan phân thùy trước theo diện cắt đã đánh dấu. Thắt cách nhánh mạch máu hồi lưu của gan HPT 4 về tĩnh mạch gan giữa. Cắt một phần hoặc cắt toàn bộ tĩnh mạch gan giữa để đảm bảo diện cắt gan nếu như khối u có tình trạng xâm lấn hoặc chèn ép tĩnh mạch gan giữa.

Cho gan hạ phân thùy 4, túi mật vào túi bệnh phẩm. Kiểm tra cầm máu mặt cắt. Lau bụng từng vùng, dẫn lưu diện cắt gan ra hông phải. Mở rộng vết mổ ở rốn để lấy bệnh phẩm.



Hình 1. PTNS cắt gan HPT 4

• Cắt gan trái

Di động gan thùy trái.

Phẫu tích bộc lộ cuống gan trái theo kỹ thuật Takasaki hoặc Lortat-Jacob. Tìm và thắt động mạch gan trái xuất phát từ động mạch vị trái nếu có.

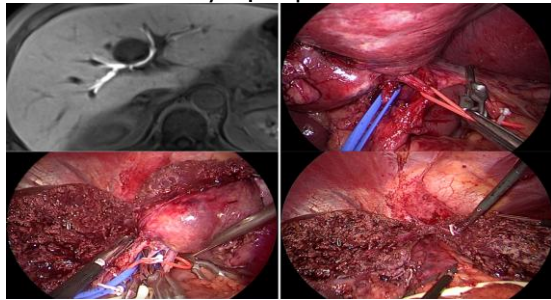
Dùng kẹp mạch máu (bulldog) kẹp cuống gan trái. Quan sát sự thay đổi màu sắc trên bề mặt gan trái do bị thiếu máu. Đánh dấu diện cắt gan. Thắt cuống gan toàn bộ (Pringle).

Dùng dao cắt đốt siêu âm, dao CUSA cắt nhu mô gan tại ranh giới gan trái - gan phải theo

diện cắt đã đánh dấu. Thắt cách nhánh mạch máu hồi lưu của gan hạ phân thủy 4 về tĩnh mạch gan giữa. Cắt một phần hoặc cắt toàn bộ tĩnh mạch gan giữa để đảm bảo diện cắt gan nếu như khối u có tình trạng xâm lấn hoặc chèn ép tĩnh mạch gan giữa. Phẫu tích bọc lộ tĩnh mạch gan trái.

Dùng Stapler mạch máu để cắt cuống gan trái và tĩnh mạch gan trái.

Cho gan trái, túi mật vào túi bệnh phẩm. Kiểm tra cầm máu mặt cắt. Lau bụng từng vùng, dẫn lưu dưới hoành trái ra hông trái. Mở rộng vết mổ ở rốn để lấy bệnh phẩm.



Hình 2. PTNS cắt gan trái điều trị UTTBG HPT4 nằm sát ngã ba cuống gan với phẫu tích cuống gan trái bằng kỹ thuật Lortat-Jacob

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật: tuổi, giới tính, tình trạng viêm gan, các xét nghiệm sinh hóa, AFP, vị trí và kích thước khối u, đánh giá độ khó của phẫu thuật bằng thang điểm Iwate. Khối u được xem làm nằm sát mạch máu lớn khi khoảng cách từ khối u đến cuống gan trái, rốn gan, thân tĩnh mạch gan nhỏ hơn 1cm (khoảng cách này được đo trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ).

Các đặc điểm trong phẫu thuật: các tai biến

Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật

Đặc điểm	Cắt gan HPT4 (N=17)	Cắt gan trái (N=27)	P	Chung (N=44)
Kích thước khối u (mm)	29 (15-68)	34 (13-65)	0,304	32 (13-68)
Albumin (g/dL)	42,1 (36,3 - 49,2)	42,3 (36,6 - 46,4)	0,718	42,2 (36,3-49,2)
Bilirubin toàn phần (mg/dL)	0,73 (0,23-1,43)	0,63 (0,38-1,02)	0,404	0,67 (0,23-1,43)
PT-INR	1,05 (0,87-1,22)	1,04 (0,91-1,2)	0,447	1,05 (0,87-1,22)
PLT (1000/ μ L)	185 (66-365)	239 (153-523)	0,021	218 (66-523)
SGOT (IU/L)	35 (19-72)	35 (18-96)	0,627	35 (18-96)
SGPT (IU/L)	30 (16-72)	34 (9-85)	0,426	32 (9-85)
AFP (ng/mL)	105,7 (0,6- 830)	145,1 (1,5-1125)	0,109	131,3 (0,6-1125)

80,8% các ca phẫu thuật trong NC có điểm Iwate cao hoặc rất cao. Điểm Iwate trung vị trong nghiên cứu là 8 (6-10), điểm Iwate 9 và 10 lần lượt chiếm 20,5% và 6,8%.

Khối u nằm gần các mạch máu lớn chiếm tỉ lệ 40,9% (18) trong NC, trong đó có 5 trường hợp được PTNS cắt gan hạ phân thủy 4, 13

trong mổ, thời gian mổ, lượng máu mất, tỉ lệ PTNS hoàn toàn thành công, tỉ lệ PTNS hỗ trợ (không thể thực hiện hoàn toàn bằng PTNS, phải mở bụng nhỏ để hoàn thành phẫu thuật).

Kết quả sớm sau phẫu thuật: các biến chứng sau mổ, tỉ lệ suy gan sau mổ, bờ phẫu thuật, thời gian nằm viện.

Suy chức năng gan sau phẫu thuật cắt gan được chẩn đoán và phân độ theo Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan thế giới (International Study Group of Liver Surgery: ISGLS) với định nghĩa là tình trạng suy giảm khả năng duy trì sự tổng hợp, đào thải và giải độc của gan, đặc trưng bởi tình trạng tăng INR và cùng với sự tăng bilirubin máu vào hoặc sau ngày hậu phẫu thứ 5.

2.5. Xử lý số liệu. Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10/2021 đến tháng 10/2024, có tất cả 64 bệnh nhân UTTBG HPT 4 được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, với 20 BN được chỉ định phẫu thuật mở, 44 BN được chỉ định PTNS, trong đó 27 BN được thực hiện PTNS cắt gan trái và 17 BN được thực hiện PTNS cắt gan HPT 4.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 58 (14-72 tuổi), với tỉ lệ nam giới chiếm đa số (88,6%) so với nữ giới (11,4%), tỉ lệ nam/nữ là 7,8.

Tất cả người bệnh trong NC đều có chức năng gan phân độ Child Pugh A.

Trong NC có 34 (77,3%) BN nhiễm viêm gan B, 5 (11,4%) BN nhiễm viêm gan C, 1 (2,3%) BN nhiễm viêm gan B và C, 4 (9,1%) BN không nhiễm viêm gan B hoặc C.

trường hợp được PTNS cắt gan trái.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Kết quả trong phẫu thuật. Trong NC có 41 BN được thực hiện bằng PTNS hoàn toàn, tỉ lệ thành công của PTNS là 93,2%. 3 BN được PTNS hỗ trợ, chuyển mổ mở với nguyên nhân như sau:

- 1 BN có khối u nằm sát, chèn ép cuống gan trái và rốn gan, không thể thực hiện phẫu tích cuống gan, không thể tách khối u khỏi cuống gan và rốn gan qua PTNS.

- 1 BN có khối u nằm sát tĩnh mạch gan trái và tĩnh mạch gan giữa, chảy máu khó kiểm soát khi thực hiện PTNS cắt gan HPT 4.

- 1 BN có khối u nằm sát cuống gan trái, cuống gan trái dính, không phẫu tích được cuống gan trái qua PTNS.

Bảng 2. Kỹ thuật phẫu tích cuống gan trái

Kỹ thuật phẫu tích cuống gan trái N=27 (%)	
Takashaki	21 (77,8%)
Lotart-Jacob	6 (22,2%)

Bảng 3. Thời gian mổ và lượng máu mất

Đặc điểm	Cắt gan HPT 4	Cắt gan trái	P	Chung
Thời gian mổ (phút)	187 (100-360)	199 (110-265)	0,158	194 (100-360)
Máu mất (ml)	184 (30-500)	148 (50-400)	0,516	162 (30-500)
Truyền máu trong mổ, n(%)	0	0		0

3.2.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều có bờ phẫu thuật không có tế bào ác tính.

Bảng 4. Biến chứng và thời gian nằm viện

Đặc điểm	Cắt gan HPT 4	Cắt gan trái	Chung
Biến chứng, n (%)	2(4,5%)	2(4,5%)	4(9,1%)
Viêm phổi	0	1(2,3%)	1(2,3%)
Tụ dịch nhiễm trùng diện cắt gan	0	1(2,3%)	1(2,3%)
Rò mật	1(2,3%)	0	1(2,3%)
Chảy máu	1(2,3%)	0	1(2,3%)
Phân độ Clavien-Dindo, n (%)			
I	1(2,3%)	0	1(2,3%)
II	1(2,3%)	2(4,5%)	3(6,8%)
III, IV, V	0	0	0
Thời gian nằm viện (ngày) (trung vị)	6(5-10)	6(4-12)	6(4-12)
Tử vong trong 90 ngày, n (%)	0	0	0

Bảng 5. Suy gan sau phẫu thuật

Đặc điểm	Cắt gan HPT 4	Cắt gan trái	P	Chung
Suy gan sau mổ, n (%)	2(4,5%)	4(9,1%)	0.774	6(13,6%)
Suy gan độ A	2(4,5%)	4(9,1%)	0.774	6(13,6%)
Suy gan độ B hoặc C	0	0		0

IV. BÀN LUẬN

Với lợi điểm dễ tiếp cận hơn so với các khối

u nằm ở bên phải, UTTBG HPT 4 ngày càng được ứng dụng điều trị rộng rãi bằng PTNS thay cho phẫu thuật mở. Tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 10/2021 đến tháng 10/2024, có 68,8% trường hợp UTTBG ở HPT4 được phẫu thuật cắt gan bằng PTNS, trong đó PTNS hoàn toàn chiếm tỉ lệ 64,1%, PTNS hỗ trợ chiếm tỉ lệ 4,7%.

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

NC của chúng tôi có 44 BN với độ tuổi trung bình là 58 (nhỏ nhất là 14 tuổi, lớn nhất là 72 tuổi), với nam giới chiếm ưu thế, tỉ lệ nam cao hơn nữ gần gấp 8 lần, tương tự với các nghiên cứu trong nước và quốc tế [1],[3],[4],[7].

Trên 9/10 BN trong NC có tình trạng nhiễm viêm gan siêu vi, trong đó viêm gan B chiếm nhiều nhất 77,3%, tỉ lệ này tương đương với các nghiên cứu về UTTBG trong nước và các nghiên cứu của các tác giả Hàn Quốc [1],[5],[6].

Kích thước trung bình của khối u trong nghiên cứu là 32mm, nhỏ hơn tương đối so với TCD Long (2016) [1] là 39mm, nhưng lớn hơn so với các NC về PTNS cắt gan điều trị các khối u gan trung tâm như: Kim W. J (2017) [5] là 29mm, Kim H. J (2022) [3] là 30mm. Vì NC chỉ lấy các trường hợp UTTBG nằm ở HPT 4, là một HPT có thể tích không quá lớn nên các khối u gan vị trí này thường có kích vừa phải, là một yếu tố giúp PTNS được tiến hành thuận lợi hơn. Kích thước khối u trung bình của nhóm cắt gan HPT 4 là 29mm (15-68mm), nhỏ hơn so với nhóm cắt gan trái 34mm (13-65). Mặc dù sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,304$), nhưng với các khối u gan HPT4 có kích thước lớn, đặc biệt là các khối u chèn ép hoặc xâm lấn cuống gan, xâm lấn tĩnh mạch gan trái, việc thực hiện cắt gan trái sẽ giúp dễ dàng hơn về mặt kỹ thuật, đảm bảo tốt kết quả ung thư học.

Điểm đánh giá độ khó Iwate trung vị trong NC là 8 điểm, trong đó điểm Iwate 9 và 10 lần lượt chiếm 20,5% và 6,8%, phần lớn các ca phẫu thuật có mức độ khó cao hoặc rất cao. Ngoài ra, HPT 4 được giới hạn bởi tĩnh mạch gan giữa và tĩnh mạch gan trái, nằm trên mặt phẳng ngã ba cuống gan, nên khi khối u tăng sinh phát triển có thể gây chèn ép hoặc xâm lấn các mạch máu này, gây khó khăn cho việc phẫu thuật. Tỉ lệ khối u nằm gần hoặc sát các mạch máu lớn của gan trong NC là 40,9%, đây là yếu tố gây khó khăn, làm tăng nguy cơ chảy máu, tổn thương cuống mạch máu, đường mật khi thực hiện PTNS cắt gan, đây cũng chính là yếu tố khiến 3 BN trong NC không thể thực hiện PTNS cắt gan hoàn toàn, phải chuyển mổ mở để xử lý

đảm bảo an toàn.

Tất cả các BN trong NC đều có chức năng gan phân độ Child Pugh A. Các chỉ số đánh giá chức năng gan gồm albumin, bilirubin toàn phần, AST, ALT, INR giữa nhóm thực hiện PTNS cắt gan HPT 4 và cắt gan trái khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Tiểu cầu trung bình trong nghiên cứu là 218 (66-523), trong đó nhóm PTNS cắt gan HPT 4 có số lượng tiểu cầu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cắt gan trái ($p=0,021$). Tiểu cầu phản ánh gián tiếp mức độ tăng áp lực tĩnh mạch cửa trên BN xơ gan và là yếu tố tiên lượng suy gan sau mổ, tiểu cầu ở nhóm cắt gan HPT 4 thấp hơn có thể phản ánh tình trạng gan xơ, là một yếu tố giúp phẫu thuật viên chọn cắt gan giới hạn hạ phân thùy thay vì cắt gan trái.

Nồng độ AFP trung vị trong NC là 8.65 ng/ml, thấp hơn TCD Long (2016) [1] là 47 ng/ml, tương đương Kim H. J (2022) [3] là 7.6 ng/ml. AFP trung bình là 131,3 ng/ml (0,6-1125), nhóm cắt gan HPT 4 có AFP trung bình thấp hơn so với nhóm cắt gan trái, lần lượt là 105,7 và 145,1. Tuy rằng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,109$), nhưng phản ánh phần nào xu hướng của phẫu thuật viên có thể ưu tiên lựa chọn cắt gan trái hơn cắt gan hạ phân thùy đối với các trường hợp có chỉ số AFP cao, điều này cần được kiểm chứng trong các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

4.2. Kết quả phẫu thuật

4.2.1. Kết quả trong mổ. Tỷ lệ PTNS hoàn toàn trong NC là 93,2%, tương đương với TCD Long (2016) [1] 95,9%. 3 BN được PTNS hỗ trợ, chuyển mổ mở đường nhỏ do khối u nằm sát mạch máu lớn, khó xử lý an toàn khi thực hiện PTNS hoàn toàn. Mặc dù khối u nằm sát mạch máu hoặc đường mật là một yếu tố bất lợi khi thực hiện PTNS, là yếu tố nguy cơ gây tai biến, biến chứng nhưng trong NC của chúng tôi, nhóm được PTNS hoàn toàn thành công có đến 36,6% trường hợp khối u nằm sát mạch máu lớn hoặc cuống gan. Điều này chứng tỏ rằng các khối u gan HPT4 nằm sát hoặc chèn ép các mạch máu lớn vẫn có thể thực hiện PTNS cắt gan thành công, tuy nhiên các khối u ở vị trí này có thể đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm và đường cong huấn luyện đủ lớn để thực hiện an toàn.

Có 27 BN được thực hiện PTNS cắt gan trái, 77,8% các trường hợp này được phẫu tích cuống gan trái bằng kỹ thuật Takashaki và 22,2% bằng kỹ thuật Lotart-Jacob. Kỹ thuật Takashaki với ưu điểm thực hiện dễ hơn, thời gian ngắn hơn thường được ưu tiên lựa chọn. Kỹ thuật Lotart-Jacob có ưu thế trong các trường hợp khối u

dính sát với ngã ba cuống gan hay cuống gan trái, dễ gây vỡ u nếu thực hiện phẫu tích cuống gan bằng kỹ thuật Takashaki.

Thời gian mổ và máu mất trung bình trong nghiên cứu lần lượt là 194 phút và 162 ml, trong đó nhóm cắt gan HPT 4 và cắt gan trái lần lượt là: 187 phút và 184ml; 199 phút và 148ml, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, nhưng cắt gan HPT 4 có thể gây mất máu nhiều hơn vì có 2 diện cắt gan so với 1 diện cắt gan của cắt gan trái. Máu mất trung vị trong NC là 100ml, tương đương TCD Long (2016) [1] là 100ml, thấp hơn Kim H. J (2022) [3] là 500ml và Jin B [2] là 200ml.

4.2.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng trong NC của chúng tôi là 9,1%, trong đó chủ yếu nằm ở phân độ Clavien-Dindo I hoặc II với tỷ lệ lần lượt là 2,3% và 6,8%, không có trường hợp có phân độ III, IV hoặc V, kết quả này khá tương đồng với các NC trong nước và thế giới [1],[2],[3],[4]. Với tỷ lệ biến chứng sau mổ tương đương với các NC khác, không có biến chứng cần phải can thiệp xâm lấn, không có trường hợp nào tử vong trong vòng 90 ngày sau phẫu thuật, điều này cho thấy UTTBG HPT 4 có thể được PTNS an toàn, ngay cả đối với các trường hợp khối u nằm ở các vị trí khó, nằm sát các cuống mạch máu.

Thời gian nằm viện sau mổ trung vị là 6 ngày (4-12), cắt gan HPT 4 và cắt gan trái bằng nhau. Kết quả này tương đương với TCD Long (2016) [1], Jin B [2], Kim H. J (2022) [3] là 6 ngày và ngắn hơn đáng kể so với thời gian nằm viện sau mổ mở cắt gan (9-11 ngày) [2],[3],[4],[7]. Thời gian nằm viện dài nhất sau cắt gan trái là 12 ngày, đây là trường hợp có biến chứng viêm phổi sau mổ. Thời gian nằm viện dài nhất sau cắt gan HPT 4 là 10 ngày, đây là trường hợp có biến chứng chảy máu rỉ rả sau mổ, được điều trị bằng các thuốc hỗ trợ cầm máu, không cần truyền máu hay các chế phẩm máu.

Tất cả các trường hợp đều có bờ phẫu thuật âm tính, đảm bảo tính an toàn về mặt ung thư học, các khối u nằm sát các mạch máu lớn được chủ động cắt gan mở rộng để đảm bảo bờ phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

PTNS cắt gan điều trị UTTBG ở HPT 4 với lợi điểm xâm lấn tối thiểu, giúp giảm thời gian nằm viện, có thể thực hiện an toàn về mặt kỹ thuật, đảm bảo về mặt ung thư học, ngay cả với các trường hợp khối u nằm gần các mạch máu lớn của gan. Tuy nhiên các trường hợp khối u nằm ở vị trí khó nên được thực hiện ở trung tâm lớn với

những phẫu thuật viên có đủ kinh nghiệm PTNS cắt gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Công Duy Long** (2016), "Đánh giá vai trò phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan", Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Jin B., Yang M., Wang Y., et al.** (2023), "Safety and Perioperative Outcomes of Laparoscopic vs. Open Hepatectomy of Central-Located Liver Lesions: A Multicenter, Propensity Score-Matched, Retrospective Cohort Study", *J Clin Med*, 12 (6).
3. **Kim H. J., Cho J. Y., Han H. S., et al.** (2022), "Long-Term Outcomes of Laparoscopic Liver Resection for Centrally Located Hepatocellular Carcinoma", *Medicina (Kaunas)*, 58 (6).
4. **Kim W. J., Kim K. H., Kim S. H., et al.** (2018), "Laparoscopic Versus Open Liver Resection for Centrally Located Hepatocellular Carcinoma in Patients With Cirrhosis: A Propensity Score-matching Analysis", *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 28 (6), 394-400.
5. **Kim W. J., Kim K. H., Shin M. H., et al.** (2017), "Totally laparoscopic anatomical liver resection for centrally located tumors: A single center experience", *Medicine (Baltimore)*, 96 (4), e5560.
6. **Kim Y. K., Han H. S., Yoon Y. S., et al.** (2015), "Total anatomical laparoscopic liver resection of segment 4 (S4), extended S4, and subsegments S4a and S4b for hepatocellular carcinoma", *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 25 (5), 375-9.
7. **Yoon Yoo-Seok, Han Ho-Seong, Cho Jai Young, et al.** (2013), "Laparoscopic liver resection for centrally located tumors close to the hilum, major hepatic veins, or inferior vena cava", *Surgery*, 153 (4), 502-509.

LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LIỆU TRÌNH HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI VÀ THỜI GIAN SỐNG THÊM Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI LOẠI BIỂU MÔ TUYẾN GIAI ĐOẠN IIIB, IIIC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Lê Thị Diệu Hiền¹, Đào Ngọc Bằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm liệu trình hóa xạ trị đồng thời và thời gian sống thêm ở bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp và theo dõi dọc 55 bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC điều trị hóa xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin từ tháng 10/2020 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** Trung bình của thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển lần lượt là $29,2 \pm 3,2$ tháng và $12,3 \pm 1,1$ tháng. Bệnh nhân được xạ trị với tổng liều ≥ 60 Gy có thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển dài hơn bệnh nhân được xạ trị với tổng liều < 60 Gy ($p < 0,05$). Bệnh nhân được hóa trị ≥ 6 chu kỳ có thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn nhóm bệnh nhân được hóa trị < 6 chu kỳ ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân được điều trị đầy đủ liệu trình hóa xạ trị đồng thời thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển dài hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không điều trị đủ liệu trình ($p < 0,01$). **Kết luận:** Điều trị đủ

liệu trình hóa xạ trị đồng thời với tổng liều ≥ 60 Gy cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC.

Từ khóa: Hoá xạ trị đồng thời; Ung thư phổi; Thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

SUMMARY

RELATION BETWEEN CHARACTERISTICS OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY AND SURVIVAL IN LUNG ADENOCARCINOMA PATIENTS WITH STAGE IIIB, IIIC AT VIET TIEP HOSPITAL

Objective: To evaluate the relation between characteristics of concurrent chemoradiotherapy and survival in lung adenocarcinoma patients with stage IIIB and IIIC at Viet Tiep Hospital. **Subjects and methods:** A prospective study with intervention and longitudinal follow-up on 55 lung adenocarcinoma patients with stage IIIB and IIIC treated with concurrent chemoradiotherapy by paclitaxel - carboplatin regimen from October 2020 to September 2024. **Results:** The average overall and progression-free survival were 29.2 ± 3.2 months and 12.3 ± 1.1 months. Patients receiving radiotherapy with total dose ≥ 60 Gy had longer overall and progression-free survival than patients receiving radiotherapy with total dose < 60 Gy ($p < 0.05$). Patients receiving chemotherapy for ≥ 6 cycles had a longer overall survival than the group of patients receiving chemotherapy for < 6 cycles ($p < 0.05$). The group of

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Diệu Hiền

Email: lthdien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025