

các chỉ số AHI, ODI và spO<sub>2</sub>.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saiman L. A., Shulman R., Cohen J. B.** (2020). "Obstructive Sleep Apnea, Hypertension, and Cardiovascular Risk: Epidemiology, Pathophysiology, and Management". *Curr Cardiol Rep.* 22(2): 6.
2. **Senaratna C. V., Perret J. L., Lodge C. J., et al** (2017). "Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review". *Sleep Med Rev.* 34: 70-81.
3. **Basner R. C.** (2007). "Continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnea". *N Engl J Med.* 356(17): 1751-8.
4. **Kapur V. K., Auckley D. H., Chowdhuri S., et al** (2017). "Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline". *J Clin Sleep Med.* 13(3): 479-504.
5. **Patil S. P., Ayappa I. A., Caples S. M., et al** (2019). "Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea with Positive Airway Pressure: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline". *J Clin Sleep Med.* 15(2): 335-343.
6. **Lê Thị Hồng Thảo, Ngô Quý Châu** (2021). "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân trên 65 tuổi". *Tạp chí Y học Việt Nam.* 507(2): 126-131.
7. **Võ Phạm Minh Thư, Nguyễn Trung Kiên, Trát Quốc Trung** (2023). "Đặc điểm bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ khám ngoại trú tại Đơn vị Hồ hấp - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ". *Tạp chí Y học Việt Nam.* 527(1B): 1-7.
8. **Xie X., Pan L., Ren D., et al** (2013). "Effects of continuous positive airway pressure therapy on systemic inflammation in obstructive sleep apnea: a meta-analysis". *Sleep Med.* 14(11): 1139-50.

## ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN SAU PHẪU THUẬT

Nguyễn Thị Thuý Nga<sup>1</sup>, Trịnh Quang Điện<sup>2</sup>, Tạ Văn Tò<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là gánh nặng bệnh tật ung thư trên thế giới, tiên lượng sau phẫu thuật cắt gan khá kém. Nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm giải phẫu bệnh UTBMTBG theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGG) năm 2019 và đánh giá mối liên quan giữa chúng với khả năng sống sót. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, có theo dõi dọc được thực hiện trên 330 bệnh nhân UTBMTG được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều. Các đặc điểm mô bệnh học được ghi nhận và phân tích. Phương pháp Kaplan-Meier được sử dụng để đánh giá tỷ lệ sống sót, phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố tiên lượng. **Kết quả:** Giai đoạn IB và II lần lượt là 45.8% và 39.4%, mức độ xơ hoá của gan lành chủ yếu là F2, F3. Típ mô bệnh học chủ yếu là típ thông thường (82.4%), típ bè lớn (12.4%). Biệt hóa vừa chiếm ưu thế (62.7%), trong khi kém biệt hóa chiếm 31.8%. 45.8% xâm nhập mạch, 2.1% xâm nhập thần kinh, 51.5% hoại tử u. Có 66/263 trường hợp tử vong, thời gian sống trung bình là 35.6 ± 15.2 tháng. Tỷ lệ sống sót sau 1, 2, 3 năm là 90.9%, 82.5% và 74.5%. Qua phân tích đơn biến, các yếu tố tiên lượng khả năng sống sót của bệnh nhân UTBMTBG là tuổi, kích thước u, giai đoạn TNM, típ bè lớn, độ mô học, xâm nhập mạch, hoại tử u và mức độ xơ hoá của gan lành. Qua phân tích đa biến, biệt hoá

kém và xơ hoá nặng (F4-6) là yếu tố tiên lượng độc lập. **Kết luận:** Típ thông thường là típ mô bệnh học phổ biến nhất. Tình trạng xâm nhập mạch và hoại tử u được ghi nhận khá nhiều. Một số đặc điểm giải phẫu bệnh như mức độ xơ hoá của gan lành, típ mô bệnh học, độ mô học, xâm nhập mạch, hoại tử u là những yếu tố liên quan đến tiên lượng khả năng sống sót, trong đó, biệt hoá kém và mức độ xơ hoá gan nặng (F4-6) là những yếu tố tiên lượng độc lập.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, đặc điểm giải phẫu bệnh, yếu tố tiên lượng.

### SUMMARY

#### HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND PROGNOSTIC FACTORS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AFTER RESECTION

**Objective:** Hepatocellular carcinoma (HCC) represents a significant global cancer burden, with relatively poor prognosis following hepatic resection. This study aimed to describe certain histopathological characteristics of HCC according to the 2019 World Health Organization (WHO) classification and to evaluate their association with patient survival. **Methods:** A retrospective, cross-sectional study with longitudinal follow-up was conducted on 330 HCC patients who underwent liver resection at K Hospital, Tan Trieu branch. Histopathological features were recorded and analyzed. Kaplan-Meier method was used to estimate survival rates; univariate and multivariate analyses were performed. **Results:** Stage IB and II accounted for 45.8% and 39.4% of cases, respectively. Liver fibrosis in non-tumorous tissue was mainly F2-F3. The predominant histological subtype was the conventional type (82.4%), followed by macrotrabecular (12.4%). Moderate differentiation

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Nga

Email: ngamit1111@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

was most common (62.7%), while poor differentiation was found in 31.8%. Vascular invasion was present in 45.8%, perineural invasion in 2.1%, and tumor necrosis in 51.5%. There were 66 deaths among 263 cases, with a mean survival time of  $35.6 \pm 15.2$  months. The 1-, 2-, and 3-year overall survival rates were 90.9%, 82.5%, and 74.5%, respectively. Univariate analysis identified age, tumor size, TNM stage, macrotrabecular subtype, histological grade, vascular invasion, tumor necrosis, and fibrosis stage as prognostic factors. Multivariate analysis revealed poor differentiation and advanced fibrosis (F4–6) as independent prognostic factors. **Conclusion:** The conventional subtype is the most common histological pattern. Vascular invasion and tumor necrosis are frequently observed. Histopathological features such as fibrosis stage, subtype, histological grade, vascular invasion, and tumor necrosis are associated with survival prognosis, with poor differentiation and advanced fibrosis being independent predictors.

**Keywords:** Hepatocellular carcinoma, histopathological characteristics, prognostic factor.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) vẫn là gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới với hơn 860000 ca mắc mới mỗi năm, và đứng thứ 3 trong các nguyên nhân tử vong do ung thư với hơn 700000 ca tử vong năm 2022.<sup>3</sup> Ở Việt Nam, với 24502 ca mắc mới và 23333 ca tử vong, ung thư gan đứng thứ hai về tỷ lệ mắc và thứ nhất về tỷ lệ tử vong, trở thành vấn đề bệnh tật đáng quan tâm.<sup>3</sup> Trong hai thập kỷ qua, dù đã có những tiến bộ đáng kể trong điều trị, nhưng phẫu thuật cắt gan và ghép gan vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả nhất. Tuy nhiên, tiên lượng của bệnh nhân UTBMTBG sau phẫu thuật cắt gan khá kém. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm sau phẫu thuật cắt gan lần lượt là 70% và 18-36%.<sup>1</sup> Do đó việc dự đoán khả năng sống của bệnh nhân rất quan trọng.

Có rất nhiều yếu tố khác nhau ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân UTBMTBG, trong đó các đặc điểm giải phẫu bệnh cho thấy sự xâm lấn khối u như xâm lấn tĩnh mạch, nhân vệt tinh, kích thước khối u lớn, khối u kém biệt hoá hay giai đoạn tiến triển đã được xác định là những yếu tố nguy cơ liên quan đến tái phát và thời gian sống thêm ngắn.<sup>5</sup> Tại Việt Nam chưa có các nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa các đặc điểm giải phẫu bệnh với thời gian sống thêm của bệnh nhân UTBMTBG sau điều trị phẫu thuật cắt gan. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tế bào gan theo phân loại của TCYTGG năm 2019 tại Bệnh viện K và đánh giá mối liên quan giữa chúng với khả năng sống sót.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 330 bệnh nhân UTBMTBG được điều trị phẫu thuật cắt gan, từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2022, tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Các trường hợp được chẩn đoán ung thư gan và phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều lần đầu, có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào gan.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Các trường hợp không thoả mãn đủ tiêu chuẩn trên.

- Có bệnh ung thư khác kèm theo.

- Các trường hợp đã được hoá chất và xạ trị tiền phẫu.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, có theo dõi dọc.

**Cỡ mẫu:** Áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu mô tả định tính như sau:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

Trong đó: n: số lượng tối thiểu

a: mức ý nghĩa thống kê (chúng tôi chọn 0.05); Z: hệ số giới hạn độ tin cậy ( $Z = 1.96$  tương ứng  $\alpha = 0.05$ ); e: sai số tuyệt đối cho phép (chúng tôi chọn  $e = 0.05$ )

p: tỷ lệ sống sót 3 năm của UTBMTBG sau phẫu thuật cắt gan theo nghiên cứu phân tích tổng hợp là 0.6993 (69.93%).<sup>7</sup>

Tính được cỡ mẫu tối thiểu là 324 trường hợp.

### **Biến số và chỉ số nghiên cứu:**

- Một số đặc điểm chung: tuổi, giới, kích thước khối u, sự xơ hoá của mô gan lành xa u theo thang điểm Ishak, số lượng u, giai đoạn TNM theo AJCC 8<sup>th</sup>.

- Một số đặc điểm mô bệnh học theo phân loại TCYTGG 2019:

+ Típ mô bệnh học: thông thường, bè lớn, tế bào sáng, xơ lá, xơ cứng, dạng gan nhiễm mỡ, kỵ màu, giàu bạch cầu đa nhân trung tính, giàu lympho bào.

+ Độ mô học: biệt hoá cao, biệt hoá vừa và kém biệt hoá.

+ Xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh, hoại tử u: có hoặc không.

- Thời gian sống thêm sau điều trị phẫu thuật cắt gan (tháng) và tỷ lệ sống sót sau 3 năm.

**Quy trình thu thập số liệu:** Chúng tôi thực hiện lấy danh sách bệnh nhân, tra cứu theo mã ICD để tìm tiêu bản, khối nén. Tất cả bệnh nhân được khai thác thông tin chung từ hồ sơ bệnh án.

Các thông tin và dữ liệu về các đặc điểm mô

bệnh học theo phân loại TCYTTG 2019 được thu thập qua đánh giá trên kính hiển vi quang học các tiêu bản Hematoxylin-Eosin (HE), lưu trữ tại Trung tâm Giải phẫu bệnh và Sinh học phân tử tại Bệnh viện K.

Xác định ngày chẩn đoán mô bệnh học trên phiếu trả lời kết quả giải phẫu bệnh, theo dõi tình trạng sống hay chết của bệnh nhân từ khi có chẩn đoán mô bệnh học. Tình trạng bệnh nhân còn sống hay đã chết được xác định bằng cách gọi điện trực tiếp cho số điện thoại liên hệ trong hồ sơ bệnh án hoặc xác định từ hồ sơ bệnh án. Ngày nhận thân tin cuối cùng là 31/12/2024.

Ước lượng tỷ lệ sống sót, phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố mô bệnh học ảnh hưởng đến tỷ lệ sống sót.

**Xử lý số liệu:** Dữ liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

Tính tỷ lệ sống sót sau điều trị: dùng phương pháp ước lượng sống thêm của Kaplan-Meier. Phân tích đơn yếu tố bằng kiểm định LogRank, phân tích đa biến theo mô hình hồi quy Cox.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Một số đặc điểm chung**

**Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

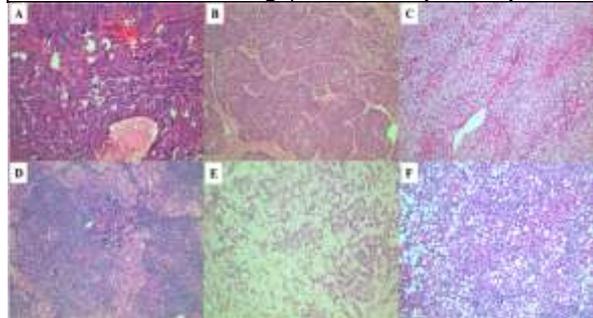
Đặc điểm	Số lượng và tỷ lệ %
<b>Tuổi trung bình</b>	56.23 ± 11.01
<50	80 (24.2%)
≥50	250 (75.8%)
Tuổi nhỏ nhất	17
Tuổi lớn nhất	80
<b>Giới tính: Nam</b>	282 (85.5%)
Nữ	48 (14.5%)
<b>Kích thước u trung bình</b>	5.7 ± 3.1
≤2cm	24 (7.3%)
2-≤ 5cm	157 (47.6%)
>5cm	149 (45.2%)
<b>Số lượng u trung bình</b>	1.1 ± 0.4 (1-4)
Đơn độc	300 (90.9%)
Nhiều u	30 (9.1%)
<b>Giai đoạn theo AJCC 8<sup>th</sup></b>	
IA	9 (2.7%)
IB	151 (45.8%)
II	130 (39.4%)
IIIA	29 (8.8%)
IIIB	11 (3.3%)
IV	0
<b>Mức độ xơ hoá mô gan lành theo Ishak</b>	
F1	47 (14.2%)

F2	104 (31.5%)
F3	111 (33.6%)
F4	53 (16.1%)
F5	13 (3.9%)
F6	2 (0.6%)

**3.2. Đặc điểm mô bệnh học**

**Bảng 3.2: Một số đặc điểm mô bệnh học của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng và tỷ lệ (%)
<b>Típ mô bệnh học</b>	
Thông thường	272 (82.4%)
Bè lớn	41 (12.4%)
Tế bào sáng	4 (1.2%)
Dạng gan nhiễm mỡ	7 (2.1%)
Xơ cứng	5 (1.5%)
Giàu lympho bào	1 (0.3%)
<b>Độ mô học</b>	
Biệt hoá cao	18 (5.5%)
Biệt hoá vừa	207 (62.7%)
Kém biệt hoá	105 (31.8%)
<b>Xâm nhập mạch</b>	
Có	151 (45.8%)
Không	179 (54.2%)
<b>Xâm nhập thần kinh</b>	
Có	7 (2.1%)
Không	323 (97.9%)
<b>Hoại tử u:</b>	
Có	170 (51.5%)
Không	160 (48.5%)



**Hình 3.1: Hình ảnh Hematoxylin – Eosin (HE) của một số típ mô bệnh học**

A – típ thông thường. B – típ bè lớn. C – típ tế bào sáng. D – típ giàu lympho bào. E – típ xơ cứng. F – típ dạng gan nhiễm mỡ. (x100)

**3.3. Thời gian sống sót và tỷ lệ sống sót sau điều trị.**

**Bảng 3.3: Thông tin theo dõi chung sau điều trị**

Tình trạng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có thông tin	263	79.7
Mất thông tin	67	20.3
Còn sống	197	74.9
Tử vong	66	25.1
Thời gian sống trung bình	35.6 ± 15.2 tháng	
Tử vong sớm nhất	0.3 tháng (10 ngày)	

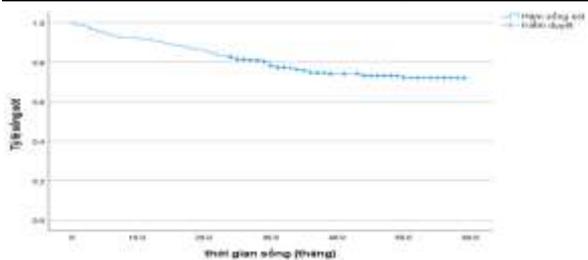
Thời gian theo dõi dài nhất	59 tháng
-----------------------------	----------

Sống thêm theo Kaplan-Meier	1 năm	2 năm	3 năm
Số chết tích lũy	24	46	63
Tỷ lệ sống sót (%)	90.9%	82.5%	74.5%

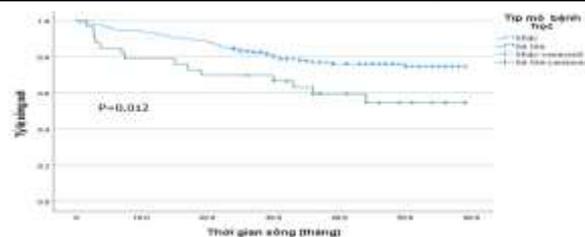
**Bảng 3.4: Tỷ lệ sống sót sau điều trị từng năm**

**Bảng 3.5: Một số đặc điểm giải phẫu bệnh ảnh hưởng đến tỷ lệ sống sót sau 3 năm**

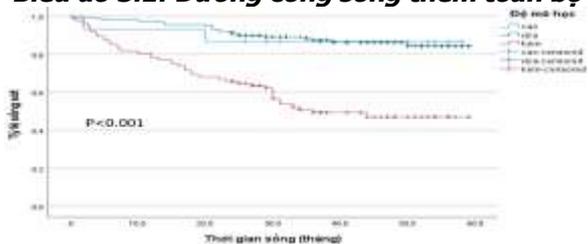
Đặc điểm		Tỷ lệ sống sót sau 3 năm (%)	P (kiểm định LogRank)	Phân tích đa biến HR (95%CI)	P (kiểm định Wald)
<b>Tuổi</b>	< 50	94	<0.001		
	≥ 50	67.8			
<b>Kích thước u</b>	≤ 2cm	95	0.007	1.022 (0.945-1.106)	0.582
	2- ≤ 5cm	78.7			
	> 5cm	66.5			
<b>Số lượng u</b>	Đơn độc	75.3	0.335	0.780 (0.390-1.562)	0.484
	Nhiều u	65.5			
<b>Giai đoạn TNM</b>	IA	100	<0.001	2.807 (0.970-8.123)	0.057
	IB	85.6			
	II	71.5			
	IIIA	41.7			
	IIIB	34.1			
<b>Típ mô bệnh học</b>	Thông thường	75.7	0.106		
	Bề lớn	59.5			
	Xơ cứng	75			
	Bề lớn Khác	59.5			
	Bề lớn Khác	76.8	0.012	0.924 (0.487-1.755)	0.809
	<b>Độ mô học</b>	Biệt hoá cao	86.7	<0.001	3.470 (1.967-6.122)
Biệt hoá vừa	87.4				
Biệt hoá kém	49.4				
<b>Xâm nhập mạch</b>	Có	66	0.003	1.467 (0.598-3.599)	0.403
	Không	81.8			
<b>Hoại tử u</b>	Có	64.5	<0.001	0.801 (0.435-1.476)	0.477
	Không	85.1			
<b>Mức độ xơ hoá mô gan lành</b>	F1	91	<0.001	3.270 (1.967-5.437)	0.000
	F2	86.2			
	F3	69.2			
	F4	59.2			
	F5	33.3			
	F6	50			



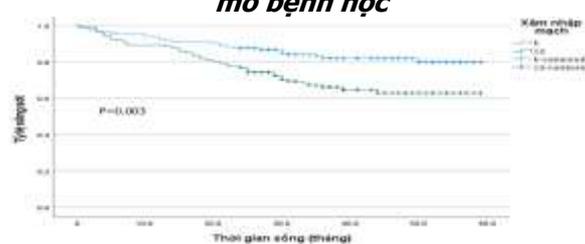
**Biểu đồ 3.1: Đường cong sống thêm toàn bộ**



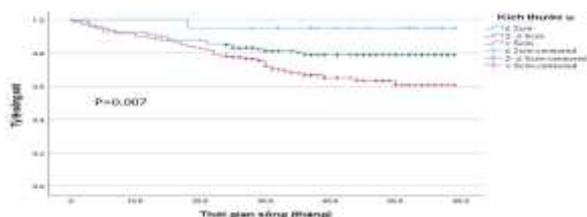
**Biểu đồ 3.3: Đường cong sống sót theo típ mô bệnh học**



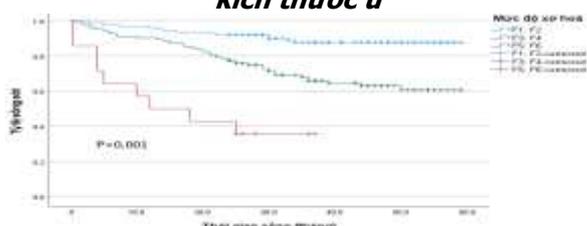
**Biểu đồ 3.2: Đường cong sống sót theo độ mô học**



**Biểu đồ 3.4: Đường cong sống sót theo tình trạng xâm nhập mạch**



**Biểu đồ 3.5: Đường cong sống sót theo kích thước u**



**Biểu đồ 3.6: Đường cong sống sót theo mức độ xơ hoá gan lành**

#### IV. BÀN LUẬN

Về một số đặc điểm chung, trên 330 đối tượng nghiên cứu, chủ yếu gặp kích thước u là từ 2- ≤ 5cm (47.6%) và u đơn độc khá tương đồng với các nghiên cứu của Lee và cộng sự, Sweed và cộng sự.<sup>9, 2</sup> Điều này có thể liên quan đến chỉ định phẫu thuật cắt gan trong điều trị UTBMTBG, thường là các khối u kích thước nhỏ - trung bình và số lượng u là 01. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy giai đoạn TNM chủ yếu là giai đoạn sớm với giai đoạn I và II chiếm phần lớn (87.9%), và không có trường hợp nào ở giai đoạn IV, kết quả này khá tương tự với nghiên cứu của Sweed và cộng sự tại Egypt.<sup>2</sup> Kết quả nghiên cứu cho thấy khoảng hơn 80% bệnh nhân có tình trạng gan xơ hoá từ mức độ nhẹ đến nặng, khá phù hợp với dữ liệu trên toàn thế giới, tỷ lệ xơ gan ở những bệnh nhân mắc UTBMTBG gan khoảng 80-90%.<sup>8</sup>

Biệt hoá vừa là độ biệt hoá hay độ mô học phổ biến trong nghiên cứu (62.7%), trong khi đó biệt hoá kém cũng chiếm tỷ lệ không nhỏ (31.8%). Mức độ biệt hoá của khối u có mối liên quan đáng kể với kích thước u, xâm nhập mạch và hoại tử u. Hơn 1 nửa (58.1%) khối u có biệt hoá kém có kích thước u >5cm ( $p < 0.001$ ). Tỷ lệ u kém biệt hoá có xâm nhập mạch và hoại tử u lần lượt là 62.9% và 81% ( $p < 0.001$ ). Hầu hết khối u UTBMTBG là tít thông thường (82.4%), tít bề lớn đứng thứ 2 (12.4%), tít tế bào sáng, tít dạng gan nhiễm mỡ, tít xơ cứng, tít giàu lympho bào chiếm tỷ lệ nhỏ; ngoài ra không ghi nhận trường hợp nào tít xơ lá, giàu bạch cầu đa nhân trung tính và kỵ màu. Đặc biệt, UTBMTBG tít bề lớn thường có tỷ lệ biệt hoá kém (63.4%), tình trạng xâm nhập mạch nhiều hơn (82.9%)

với  $p = 0.000$ .

Từ kết quả nghiên cứu trên 263/330 trường hợp có thông tin, có 66 bệnh nhân tử vong, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là  $35.6 \pm 15.2$  tháng, với thời gian sống ngắn nhất là 0.3 tháng. Tỷ lệ sống sót 3 năm là 74.5%. Trong nghiên cứu phân tích tổng hợp trên toàn cầu các trường hợp sau phẫu thuật cắt gan của bệnh nhân UTBMTBG, thời gian sống sót trung bình là 48.7 tháng, tỷ lệ sống sót 3 năm trên toàn thế giới và châu Á lần lượt là 66.93% và 70.26%.<sup>7</sup>

Khi phân tích đơn biến, các yếu tố tiên lượng khả năng sống sót của bệnh nhân UTBMTBG là tuổi, kích thước u, giai đoạn TNM, nhân vệ tinh, tít bề lớn, độ mô học, xâm nhập mạch, hoại tử u và mức độ xơ hoá của gan lành. Tỷ lệ sống sót ở những bệnh nhân có kích thước u >5cm thấp hơn đáng kể so với nhóm có kích thước u ≤ 2cm và 2 - ≤ 5cm (66.5% so với 95% và 78.7%) với  $p = 0.007$ . Phân tích đơn biến các tít mô bệnh học riêng lẻ cho thấy không có sự khác biệt về tiên lượng sống giữa các tít ( $p = 0.106$ ), tuy nhiên khi so sánh giữa tít bề lớn và các tít còn lại, kết quả chỉ ra rằng bệnh nhân UTBMTBG tít bề lớn có tiên lượng xấu hơn đáng kể (59.5%) với  $p = 0.012$ . Theo nghiên cứu của Sweed và cộng sự tại Egypt, thời gian sống trung bình của bệnh nhân UTBMTBG tít bề lớn khoảng 32 tháng, tỷ lệ tái phát cao (45.5%).<sup>2</sup> Bên cạnh đó, tít bề lớn cũng thường có các đặc điểm của khối u độ cao như mức biệt hoá kém, kích thước u lớn (>5cm), tình trạng xâm nhập mạch nhiều hơn. Ngoài ra, khi có xâm nhập mạch hay hoại tử u, tỷ lệ sống sót của bệnh nhân UTBMTBG giảm đáng kể so với trường hợp không có ( $p = 0.003$  và  $p < 0.001$ ). Nghiên cứu phân tích hệ thống của Manuel và cộng sự nhấn mạnh vai trò tiên lượng của sự xâm nhập mạch trong UTBMTBG sau phẫu thuật cắt gan cũng như ghép gan với thời gian sống không bệnh và thời gian sống toàn bộ 3 năm ngắn hơn.<sup>6</sup>

Phân tích đa biến trong nghiên cứu cho thấy độ mô học (biệt hoá kém) và mức độ xơ hoá của gan lành (F4-6) là các yếu tố tiên lượng độc lập ở bệnh nhân UTBMTBG. Từ nghiên cứu của Sweed và cộng sự, bên cạnh kích thước u và xâm nhập mạch, biệt hoá kém cũng là yếu tố tiên lượng độc lập và dự đoán thời gian sống không tái phát (HR=1.678, 95% CI 1.259–2.514,  $p = 0.008$ ).<sup>2</sup> Hầu hết bệnh nhân mắc UTBMTBG tử vong do suy gan, do đó sự xơ hoá của mô gan lành có ảnh hưởng đến khả năng sống sót của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có gan xơ hoá càng nặng thì tỷ lệ sống sót sau 3 năm càng giảm

(F5 - 33.3%, F4 - 59.2% so với F3 - 69.2%, F2 - 86.2%, F1 - 91% với  $p < 0.001$ ). Trường hợp xơ hoá gan F6 ghi nhận 2 bệnh nhân thì tỷ lệ tử vong là 50%. Trong một nghiên cứu gần đây, tỷ lệ tái phát cao hơn đáng kể ở nhóm F4 so với F1-3 và xơ hoá gan cũng là yếu tố tiên lượng độc lập với thời gian sống không tái phát.<sup>4</sup>

## V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào gan là khối u không đồng nhất về tuổi, giới, các đặc điểm mô bệnh học và tiên lượng. Dù phân loại của Tổ chức Y tế thế giới 2020 đã chia nhiều tip mô bệnh học khác nhau, tuy nhiên tip thông thường vẫn là tip phổ biến nhất. Tình trạng xâm nhập mạch và hoại tử u được ghi nhận khá nhiều, phản ánh tính chất tiến triển của u. Các đặc điểm giải phẫu bệnh như kích thước u, giai đoạn TNM, mức độ xơ hoá của gan lành, tip mô bệnh học, độ mô học, xâm nhập mạch, hoại tử u là những yếu tố liên quan đến tiên lượng khả năng sống sót của bệnh nhân UTBMTBG sau phẫu thuật cắt gan, trong đó, biệt hoá kém và mức độ xơ hoá gan nặng (F4-6) là những yếu tố tiên lượng độc lập.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roseman BJ, Roh MS.** Prognostic factors in surgical resection for hepatocellular carcinoma. In: Pollock RE, ed. Surgical Oncology. Cancer Treatment and Research. Springer US; 1997:331-345. doi:10.1007/978-1-4615-6165-1\_17.
2. **Sweed D, Sweed E, Moaz I, et al.** The clinicopathological and prognostic factors of

hepatocellular carcinoma: a 10-year tertiary center experience in Egypt. World J Surg Oncol. 2022;20(1):298. doi:10.1186/s12957-022-02764-2

3. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834.
4. **Yasukawa K, Shimizu A, Kubota K, et al.** Impact of Liver Fibrosis Severity on Oncological Prognosis in Hepatocellular Carcinoma. Liver Cancer. 2023;13(2): 150-160. doi:10.1159/000533857.
5. **Qin LX, Tang ZY.** The prognostic significance of clinical and pathological features in hepatocellular carcinoma. World J Gastroenterol. 2002;8(2):193-199. doi:10.3748/wjg.v8.i2.193.
6. **Rodriguez-Perálvarez M, Luong TV, Andreana L, Meyer T, Dhillon AP, Burroughs AK.** A systematic review of microvascular invasion in hepatocellular carcinoma: diagnostic and prognostic variability. Ann Surg Oncol. 2013;20(1):325-339. doi:10.1245/s10434-012-2513-1
7. **Reveron-Thornton RF, Teng MLP, Lee EY, et al.** Global and regional long-term survival following resection for HCC in the recent decade: A meta-analysis of 110 studies. Hepatol Commun. 2022;6(7):1813-1826. doi:10.1002/hep4.1923.
8. **Simonetti RG, Cammà C, Fiorello F, Politi F, D'Amico G, Pagliaro L.** Hepatocellular carcinoma. A worldwide problem and the major risk factors. Dig Dis Sci. 1991;36(7):962-972. doi:10.1007/BF01297149.
9. **Lee Y, Park H, Lee H, et al.** The Clinicopathological and Prognostic Significance of the Gross Classification of Hepatocellular Carcinoma. J Pathol Transl Med. 2018;52(2):85-92. doi:10.4132/jptm.2017.11.13.

## KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU GHÉP GAN KINH ĐIỂN TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Trung<sup>1</sup>,  
Đỗ Hải Đăng<sup>1</sup>, Dương Đức Hùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả bước đầu ghép gan kinh điển từ người hiến chết não được thực hiện tại bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, lấy mẫu thuận tiện các bệnh nhân (BN) được ghép gan toàn bộ từ người cho chết não, sử dụng kỹ thuật kinh điển từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 17 BN trong nghiên cứu, tuổi trung bình 52,5±10,4, nam giới chủ yếu 82,4%, tiền

sử viêm gan B chiếm 58,8%. Chỉ định ghép gan gồm ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) 41,2%, suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính (ACLF) 29,4% và xơ gan 29,4%. Chức năng gan trước mổ chủ yếu là Child B và C 71%. Thời gian thiếu máu nóng và thời gian phẫu thuật toàn bộ lần lượt là 24,76 ± 5,04 và 366,5 ± 59,9 phút. Nổi động mạch (ĐM) gan chung - động mạch gan riêng chiếm 70,6%, nối đường mật tận tụy chiếm 94,1%, hội chứng sau tái tưới máu gặp 17,6%. Không có trường hợp nào phải làm bắc cầu bypass do huyết động không ổn định khi thực hiện kỹ thuật. Biến chứng thường gặp nhất sau mổ là nhiễm trùng chiếm 29,4%, trong khi đó biến chứng ngoại khoa có 2 trường hợp 11,8%. Có 1 trường hợp tử vong 5,9%, 1 trường hợp biến chứng độ 4 (5,9%) được ghi nhận. **Kết luận:** Kỹ thuật ghép gan kinh điển từ người hiến chết não có thể thực hiện an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp, giúp giảm thời gian mổ, thời gian thiếu máu

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

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025