

- of the American College of Cardiology. Aug 2000;36(2):593-601. doi:10.1016/s0735-1097(00)00757-9
5. **Rasih SV, Ewer AK, Miller P, Wright JG, Tonks A, Kilby MD.** Outcome following prenatal diagnosis of complete atrioventricular septal defect. *Prenatal diagnosis*. Feb 2008;28(2):95-101. doi:10.1002/pd.1922
  6. **Mureşan D, Mărginean C, Zaharie G, Stamatian F, Rotar IC.** Complete atrioventricular septal defect in the era of prenatal diagnosis. *Medical ultrasonography*. Dec 5 2016;18(4):500-507. doi:10.11152/mu-879
  7. **Yıldırım G, Gungorduk K, Yazıcıoğlu F, et al.** Prenatal diagnosis of complete atrioventricular septal defect: perinatal and neonatal outcomes. *Obstetrics and gynecology international*. 2009;2009:958496. doi:10.1155/2009/958496
  8. **Morlando M, Bhide A, Familiari A, et al.** The association between prenatal atrioventricular septal defects and chromosomal abnormalities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Jan 2017;208:31-35. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.10.039

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT QUANH RỖN GAN ĐƯỢC PHẪU THUẬT CẮT GAN KÈM ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải\*, Đỗ Viết Phú\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ung thư đường mật quanh rốn gan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 36 BN chẩn đoán ung thư đường mật quanh rốn gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 12 năm 2025. **Kết quả:** 36 BN được lựa chọn, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,94 ± 9,08 tuổi, nữ giới chiếm 52,8%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là vàng da 72,2%, sút cân 33,3%, đau hạ sườn phải 27,8%. Nồng độ bilirubin toàn phần (TP) khi vào viện tăng ở 80,6% BN, trung bình 156,07 ± 122,08 µmol/L; CA19-9 tăng ở 88,9% BN. Trên CT và hoặc MRI type 3 và 4 chiếm tỷ lệ cao 83,4%. **Kết luận:** Ung thư đường mật quanh rốn gan thường được phát hiện ở giai đoạn muộn với biểu hiện vàng da tắc mật tiến triển, đa phần thuộc loại 3, 4 trên phim chụp CT và hoặc MRI (phân loại Bismuth – Corlette). **Từ khóa:** U klatskin, ung thư đường mật quanh rốn gan, lâm sàng, cận lâm sàng.

### ABSTRACT

#### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PERIHILAR CHOLANGIOCARCINOMA UNDERGOING HEPATECTOMY WITH EXTRAHEPATIC BILE DUCT RESECTION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

\* Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

\*\* Học viên Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: Drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2026

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2026

Ngày duyệt bài: 16.4.2026

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with perihilar cholangiocarcinoma. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 36 patients diagnosed with perihilar cholangiocarcinoma who underwent hepatectomy combined with extrahepatic bile duct resection at Viet Duc University Hospital between 2015 and 2025. **Results:** The mean age was 59,94 ± 9,08 years old, with a female predominance (52,8%). The most common presenting symptoms were jaundice (72,2%), weight loss (33,3%), and right upper quadrant pain (27,8%). Elevated total bilirubin (TB) levels at hospital admission were observed in 80,6% of patients, with a mean concentration of 156,07 ± 122,08 µmol/L, and CA 19-9 was elevated in 88,9% of patients. On CT and/or MRI, type III and IV tumors accounted for 83,4% of cases (Bismuth–Corlette classification). **Conclusion:** Perihilar cholangiocarcinoma is frequently diagnosed at an advanced stage with the development of progressive obstructive jaundice, most of them belong to type 3, 4 on CT, MRI. **Keywords:** Klatskin tumor; hilar cholangiocarcinoma; clinical characteristics; paraclinical features.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư đường mật quanh rốn gan (Perihilar cholangiocarcinoma-PHC) là ung thư xuất phát từ biểu mô đường mật, bao gồm: ung thư đường mật rốn gan (hilar cholangiocarcinoma-ung thư biểu mô đường mật tại vị trí ống gan chung, ống gan phải và ống gan trái) và ung thư đường mật trong gan type ống lớn thâm nhiễm rốn gan. Định nghĩa PHC đã được nhiều tác giả đồng thuận vì tổn thương giải phẫu bệnh, phương pháp phẫu thuật và tiên lượng của ung thư đường mật rốn gan và ung thư đường mật trong gan type ống lớn là tương đồng [1], đồng thời tổ chức y tế thế giới (WHO) đã chỉ ra sự giống

nhau của ung thư đường mật trong gan type ống lớn gần vị trí rốn gan và ung thư đường mật rốn gan [2]. Ung thư đường mật quanh rốn gan được mô tả lần đầu tiên năm 1965 bởi Dr. Gerald Klatskin, trong số 13 BN được mô tả, có 3 BN thuộc nhóm ung thư đường mật trong gan type ống lớn xâm lấn rốn gan [3].

Hiện nay, ung thư đường mật quanh rốn gan thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn do triệu chứng ban đầu thường nghèo nàn và không đặc hiệu. Phần lớn BN được phát hiện khi đã xuất hiện vàng da tắc mật và khối u thường đã lan rộng theo cây đường mật, xâm lấn mạch máu hoặc nhu mô gan, làm giảm đáng kể khả năng phẫu thuật triệt căn nên tỉ lệ sống thêm 5 năm thấp, thường < 20% [4].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng để chẩn đoán ung thư đường mật quanh rốn gan còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN ung thư đường mật quanh rốn gan được phẫu thuật cắt gan và đường mật ngoài gan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

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

**2.1. Đối tượng**

BN chẩn đoán ung thư đường mật quanh rốn gan được phẫu thuật cắt gan và đường mật ngoài gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ BN được chẩn đoán ung thư đường mật quanh rốn gan được phẫu thuật cắt gan và đường mật ngoài gan, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô đường mật.

+ Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Ung thư biểu mô tế bào gan-đường mật hỗn hợp xâm lấn rốn gan.

+ Tổn thương thứ phát di căn rốn gan.

+ Ung thư túi mật xâm lấn rốn gan

**2.2. Phương pháp**

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu. Thu thập thông tin các chỉ tiêu nghiên cứu từ bệnh án gốc vào bệnh án nghiên cứu.

**2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu**

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, BMI, tiền sử bệnh gan mật.

- Đặc điểm lâm sàng: vàng da, sút cân, đau hạ sườn phải và thượng vị, túi mật to.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Công thức máu, xét nghiệm sinh hóa, CA19-9, siêu âm, CT, MRI, phân loại Bismuth-Corlette, chụp đường mật ngoài gan.

**2.4. Xử lý số liệu:**

Số liệu được xử trí theo phần mềm SPSS 26.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:**

Nghiên cứu (NC) này thực hiện theo quy định của bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu trong NC được bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho phép sử dụng. Không có xung đột lợi ích trong NC.

**III. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 1. Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Số	Tỷ lệ
Tuổi trung bình	≥ 60	55,6
	< 60	44,4
	$\bar{X} \pm SD: 59,94 \pm 9,08 (42-80)$	
Giới	Nam	47,2
	Nữ	52,8
BMI	$\bar{X} \pm SD: 21,25 \pm 2,55$	
Thời gian khởi phát (ngày)	≥ 30	52,8
	<30	47,2
	$\bar{X} \pm SD: 24,50 \pm 21,41$	
Tiền sử bệnh lý gan mật	8	22,22
Vàng da	26	72,2
Đau hạ sườn phải	10	27,8
Sút cân	12	33,3
Sốt	5	13,9
Túi mật to	1	2,8

**Nhận xét:** 36 BN đều nằm trong độ tuổi trung niên, nữ chiếm 52,8%. Có 17 BN phát hiện bệnh <1 tháng từ khi xuất hiện triệu chứng chiếm 47,2%. Triệu chứng hay gặp nhất là vàng da ở 26 BN, chiếm 72,2%, sút cân (33,3%), đau hạ sườn phải (27,8%). 8 BN có tiền sử bệnh lý đường mật (sỏi mật, viêm đường mật)

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng**

**Bảng 2: Xét nghiệm sinh hóa máu gan mật và maker ung thư**

Xét nghiệm	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Albumin (g/l)	<35	25
	≥35	75
	$\bar{X} \pm SD: 37,49 \pm 3,67 \text{ g/l}$	
Bilirubin TP vào viên (μmol/L)	<19	19,4
	19-75	16,7
	>75	63,9
$\bar{X} \pm SD: 156,07 \pm 122,08 \text{ μmol/L}$		
Bilirubin TP trước mổ (μmol/L)	<19	22,2
	19-75	38,9
	>75	38,9
$\bar{X} \pm SD: 81,72 \pm 79,58 \text{ μmol/L}$		
CA19-9 U/ml	≤37	11,1
	37-100	16,7
	>100	72,2
	$\bar{X} \pm SD: 895,87 \pm 1957,83 \text{ U/ml}$	

Xét nghiệm		Số BN (n)	Tỷ lệ %
Hồng cầu (T/l)	≤ 3,5 T/l	1	2,8
	> 3,5 T/l	35	97,2
	$\bar{X} \pm SD: 4,29 \pm 0,51$ T/l		
Hemoglobin (g/l)		$\bar{X} \pm SD: 128,75 \pm 15,68$ g/l	
Tiểu cầu (G/l)	≤ 150 G/l	0	0
	> 150 G/l	36	100
	$342,75 \pm 87,32$ G/l		
Bạch cầu (G/l)	> 9	14	38,9
	≤ 9	22	61,1
	$9,46 \pm 4,61$ G/l		
Prothrombine %	≤ 80	7	19,4
	> 80	29	80,6
	$99,76 \pm 19,37$ %		

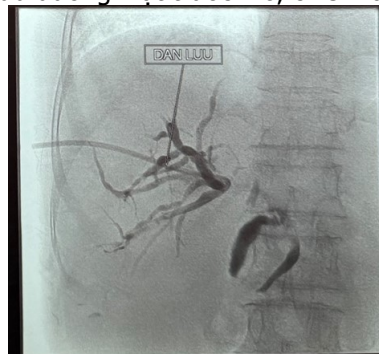
**Nhận xét:** Số lượng hồng cầu trung bình là  $4,29 \pm 0,51$  T/l. Số lượng bạch cầu trung bình là  $9,46 \pm 4,61$  G/l. Thời gian PT % giảm ở 7 BN, chiếm 19,4%, với chỉ số trung bình là  $99,76 \pm 19,37$ %. Bilirubin TP khi vào viện tăng ( $\geq 19$ ) ở 29 BN, chiếm 80,6%, với bilirubin TP trung bình là  $156,07 \pm 122,08$   $\mu\text{mol/L}$ . Ca 19-9 tăng ở 88,9% BN, trong đó 72,2% BN có CA19-9 lớn hơn 100 U/ml.

**Bảng 3: Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh**

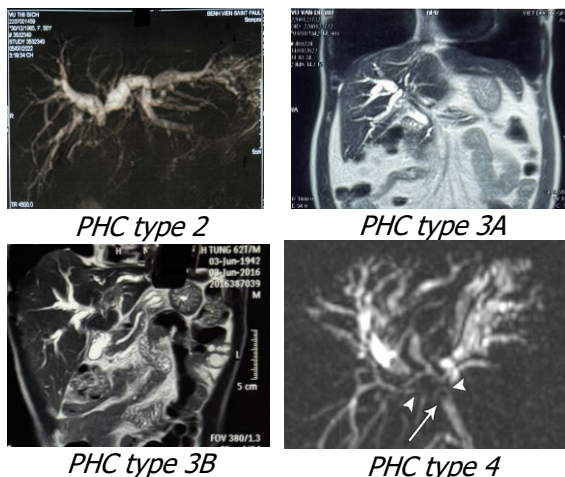
Tổn thương	Số BN (n)	Tỷ lệ %	
<b>Siêu âm ổ bụng</b>			
Giãn đường mật	23	100	
Phát hiện u	Rốn gan	19	82,6
	Nhu mô gan	3	13,01
	Không phát hiện	1	4,3
<b>CT</b>			
Giãn đường mật	32	97	
Chít hẹp đường mật	12	36,4	
Khối u vùng rốn gan	19	57,6	
Sỏi đường mật	4	12,1	
Xâm lấn tĩnh mạch	2	6,1	
Xâm lấn động mạch	2	6,1	
Tổn thương nhu mô	4	12,1	
Hạch	7	21,2	
<b>MRI</b>			
Giãn đường mật	20	95,2	
Chít hẹp đường mật	9	42,9	
Khối u vùng rốn gan	13	61,9	
Sỏi đường mật	3	14,3	
Xâm lấn động mạch	1	4,8	
Xâm lấn tĩnh mạch	1	4,8	
Hạch	3	14,3	
<b>Chụp đường mật xuyên gan qua da kèm dẫn lưu đường mật</b>			
Có	23	63,9	
Không	13	36,1	

**Nhận xét:** Siêu âm ổ bụng phát hiện giãn đường mật ở 100% BN, và phát hiện u 22/23

trường hợp. CT và MRI phát hiện giãn đường mật với tỉ lệ (CT: 97,0%; MRI: 95,2%) và khối u vùng rốn gan (CT: 57,6%; MRI: 61,9%), chít hẹp đường mật (MRI: 42,9%; CT: 36,4%), CT ghi nhận tổn thương nhu mô (12,1%) và phát hiện hạch vùng rốn gan 7/33 BN. Trong nghiên cứu, có 23 BN được chụp đường mật xuyên gan qua da và dẫn lưu đường mật trước mổ, chiếm 63,9 %.



**Hình 1: Hình ảnh chụp đường mật xuyên gan qua da và dẫn lưu đường mật BN ung thư đường mật quanh rốn gan type 3A**



**Hình 2: Hình ảnh MRI theo phân loại Bismuth-Corlette**

**Bảng 4: Phân loại tổn thương trên CT và hoặc MRI (theo Bismuth-Corlette)**

Phân loại	Số BN	Tỷ lệ (%)
Bismuth - Corlette	Loại 1	2,8
	Loại 2	13,9
	Loại 3a	38,9
	Loại 3b	16,7
	Loại 4	27,8
Nguồn gốc tổn thương	Rốn gan	88,9
	Trong gan xâm lấn rốn gan	11,1

**Nhận xét:** Dựa vào phân loại Bismuth-Corlette, trên CT và MRI cho thấy, type I, II chiếm

16,7 %, type III chiếm tỉ lệ nhiều nhất chiếm 55,6 %, type IV chiếm 27,8%. U tại vị trí rốn gan chiếm 88,9%, còn lại có 11,1% BN có nguồn gốc thư đường mật trong gan xâm lấn rốn gan.

**Bảng 5: Giá trị CT, MRI trong đánh giá phát hiện di căn hạch, xâm lấn mạch máu và phân loại Bismuth-corlette so với tổn thương trong phẫu thuật**

Phẫu thuật CT/MRI	Có	Không	Tổng
<b>Di căn hạch</b>			
Có	4 (11,1%)	4 (11,1%)	8 (22,2%)
Không	11 (30,56%)	17 (47,24%)	28 (77,8%)
Tổng	15 (41,66%)	21 (58,34%)	36 (100%)
<b>Xâm lấn mạch</b>			
Có	4 (11,1%)	0 (0%)	4 (11,1%)
Không	10 (27,78%)	22 (61,11%)	32 (88,9%)
Tổng	14 (38,89%)	22 (61,11%)	36(100%)
<b>Phân loại tổn thương theo Bismuth – Corlette</b>			
CT/MRI	N	%	
Đúng với trong mổ	24	66,67	
Sai với trong mổ	12	33,33	
Tổng	36	100%	

**Nhận xét:** Phân loại Bismuth-Corlette theo CT và MRI trong nghiên cứu đạt độ chính xác 66,67% so với tổn thương trong mổ (thực hiện so sánh cặp).

Đánh giá xâm lấn mạch máu, độ nhạy của CT/MRI đạt 4/14 bệnh nhân được phát hiện xâm lấn mạch trong khi độ đặc hiệu là 22/22 (100%) CT và MRI cho thấy độ đặc hiệu cao (100%).

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của BN ung thư đường mật rốn gan là 59,94 ± 9,08 tuổi. Nhìn chung, kết quả này tương tự nghiên cứu của Sharma & Yadav về đặc điểm dịch tễ của ung thư rốn gan: bệnh thường gặp ở nhóm tuổi trung niên, cao tuổi [3]. BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là 21,25 ± 2,55, đa số BN có BMI thấp và bình thường, điều này có thể phản ánh tình trạng suy dinh dưỡng trước mổ/nhập viện do tắc mật kéo dài, kém hấp thu, chán ăn, gầy sút. Trong thực hành, đây là yếu tố ảnh hưởng rõ đến hồi phục sau can thiệp (dẫn lưu mật, phẫu thuật).

Về tiền sử bệnh lý gan mật, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 22,22% BN có bệnh lý gan mật (ví dụ: sỏi đường mật, viêm đường mật tái diễn ...). Y văn cho thấy các bệnh lý như sỏi đường mật, viêm xơ đường mật nguyên phát (PSC)... thường được nhắc đến như yếu tố nguy cơ của ung thư đường mật [5].

Trong nhóm nghiên cứu, BN đến khám với triệu chứng thường gặp nhất là vàng da tắc mật rõ 72,2% với thời gian biểu hiện triệu chứng lớn hơn 30 ngày chiếm 52,8%. Các triệu chứng khác như: đau thượng vị/hạ sườn phải 27,8%, sút cân 33,3%, ngoài ra còn có các triệu chứng như ngứa, chán ăn, phân bạc màu không đặc hiệu. Theo Jarnagin (2005), phần lớn BN được phát hiện khi đã vàng da hoặc bất thường xét nghiệm. Đau bụng, chán ăn, sút cân và ngứa là các triệu chứng xuất hiện ở khoảng 1/3 BN [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bilirubin TP tăng ở đa số BN chiếm 80,6%, bilirubin toàn phần trung bình 156,07 ± 122,08 µmol/L, điều này cũng được thấy trong các nghiên cứu trong và ngoài nước [7]. Các rối loạn huyết học/đông máu (Hb giảm, PT giảm...) thường do tình trạng suy dinh dưỡng và viêm mạn, giảm hấp thu vitamin K do ứ mật. CA19-9 là chất chỉ điểm ung thư được sử dụng phổ biến trong ung thư đường mật, nhưng không đặc hiệu và có thể tăng trong tắc mật lành tính, viêm đường mật, đặc biệt khi bilirubin tăng cao. Trong nghiên cứu, CA 19-9 tăng ở 32 BN, chiếm 88,9% và có 26 BN có CA19-9 >100 U/ml, chiếm 72,2%. Một nghiên cứu gộp về CA19-9 trong chẩn đoán cholangiocarcinoma cho thấy chất chỉ điểm này có độ nhạy mức vừa và độ đặc hiệu tương đối cao, ủng hộ giá trị hỗ trợ chẩn đoán nhưng không thể dùng đơn độc [8]. Vì vậy, trong thực hành lâm sàng, CA19-9 hữu ích khi kết hợp lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và sinh hóa. Để tăng hiệu quả, nên đánh giá lại CA19-9 sau dẫn lưu mật vì giảm ứ mật sẽ giúp hạn chế dương tính giả do tắc mật. Nồng độ trung bình Bilirubin TP vào viện so với bilirubin TP trước mổ giảm rõ rệt sau khi được dẫn lưu (từ 156,07 ± 122,08 µmol/L xuống  $\bar{x} \pm SD$ : 81,72 ± 79,58 µmol/L), trong đó 22 BN chiếm 61,1% có bilirubin TP trước mổ ≤75 µmol/L, đây là ngưỡng bilirubin TP trước mổ cắt gan tối ưu được chỉ ra cho PHC theo Wong Hoi She (2020) [9]. Theo phân loại Bismuth–Corlette, nhóm của chúng tôi có tỷ lệ loại IIIa/IIIb/IV chiếm ưu thế 83,4%. Điều này gợi ý BN đến viện muộn, u lan rộng đến chỗ chia nhánh đường mật, làm giảm cơ hội phẫu thuật

triệt căn. Đặc biệt có 4 BN chiếm 11,1% có nguồn gốc từ ung thư đường mật trong gan thâm nhiễm rốn gan.

Về chẩn đoán hình ảnh, siêu âm ổ bụng phát hiện giãn đường mật ở 100% BN được thực hiện, và phát hiện u 22/23 trường hợp. CT và MRI đều cho thấy tỷ lệ phát hiện cao tình trạng giãn đường mật (CT: 97,0%; MRI: 95,2%) và khối u vùng rốn gan (CT: 57,6%; MRI: 61,9%). MRI có xu hướng phát hiện chít hẹp đường mật cao hơn so với CT (42,9% so với 36,4%). CT ghi nhận tổn thương nhu mô xâm lấn rốn gan (12,1%), đây là những BN được lựa chọn theo định nghĩa mới với tổn thương ung thư đường mật trong gan xâm lấn rốn gan. CT và MRI là hai công cụ bổ trợ cho nhau. CT giúp đánh giá giải phẫu, hạch di căn và đặc biệt là dấu hiệu xâm lấn mạch (tĩnh mạch cửa/động mạch gan) và nhu mô, CT giúp đo thể tích gan, từ đó đánh giá khả năng phẫu thuật. MRI/MRCP có ưu thế đánh giá sự lan tràn của khối u theo cây đường mật và có giá trị quan trọng để phân loại Bismuth, chẩn đoán vị trí chính xác, dự kiến phương pháp điều trị [10]. Phân loại Bismuth-Corlette theo CT và MRI trong nghiên cứu đạt độ chính xác 66,67% so với tổn thương trong mổ, cho thấy giá trị của CT, MRI trong đánh giá sự lan tràn tổn thương theo cây đường mật, định hướng chiến lược điều trị. Đánh giá xâm lấn mạch máu là yếu tố quyết định khả năng phẫu thuật triệt căn, CT và MRI cho phép khảo sát mối liên quan giữa khối u với động mạch gan, tĩnh mạch cửa. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ nhạy của CT/MRI trong đánh giá xâm lấn mạch chỉ đạt 28,57%, trong khi độ đặc hiệu là 100%. Độ nhạy còn thấp (28,57%), do bỏ sót các trường hợp xâm lấn mức độ nhẹ hoặc những trường hợp thuộc thể thâm nhiễm không gây hẹp hay chèn ép mạch rõ. Ngoài ra, chụp đường mật xuyên gan qua da qua dẫn lưu đường mật được thực ở 63,9% BN với vai trò chẩn đoán chính xác vị trí khối u, xác định tốt những biến đổi bất thường đường mật mà CT/MRI không phát hiện được, đồng thời giúp giảm tình trạng tắc mật, cải thiện chức năng gan trong những trường hợp cắt gan lớn như cắt gan phải, cắt gan phải mở rộng.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư đường mật quanh rốn gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chủ yếu được phát hiện ở giai đoạn muộn với biểu hiện vàng da tắc mật tiến triển và đa phần thuộc loại 3, 4 theo phân loại Bismuth – Corlette. CT và MRI giúp đánh giá mức độ tổn thương và giai đoạn bệnh góp phần định hướng chiến lược điều trị. Chụp và dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da bổ trợ cho CT và MRI trong xác định mức độ tổn thương theo chiều dọc đường mật, ngoài ra giúp giảm tình trạng tắc mật và cải thiện chức năng gan trước mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nagino, M., *Perihilar cholangiocarcinoma: a surgeon's perspective*. *Iliver*, 2022. **1**(1): p. 12-24.
2. Pan, Y., et al., *Proposing re-classification of bile duct cancer and intrahepatic cholangiocarcinoma: A suggested modification based on the WHO classification*. *Eur J Surg Oncol*, 2025. **51**(10): p. 110386.
3. Sharma, P. and S. Yadav, *Demographics, tumor characteristics, treatment, and survival of patients with Klatskin tumors*. *Ann Gastroenterol*, 2018. **31**(2): p. 231-236.
4. Lygidakis, N.J., et al., *Changing trends in the management of Klatskin tumor*. *Hepatogastroenterology*, 2004. **51**(57): p. 689-96.
5. Soares, K.C., et al., *Hilar cholangiocarcinoma: diagnosis, treatment options, and management*. *Hepatobiliary Surg Nutr*, 2014. **3**(1): p. 18-34.
6. Jarnagin, W. and C. Winston, *Hilar cholangiocarcinoma: diagnosis and staging*. HPB (Oxford), 2005. **7**(4): p. 244-51.
7. DeOliveira, M.L., et al., *Cholangiocarcinoma: thirty-one-year experience with 564 patients at a single institution*. *Ann Surg*, 2007. **245**(5): p. 755-62.
8. Liang, B., et al., *Diagnostic Accuracy of Serum CA19-9 in Patients with Cholangiocarcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Med Sci Monit*, 2015. **21**: p. 3555-63.
9. She, W.H., et al., *Defining the optimal bilirubin level before hepatectomy for hilar cholangiocarcinoma*. *BMC Cancer*, 2020. **20**(1): p. 914.
10. Soares, K.C., et al., *Hilar cholangiocarcinoma: diagnosis, treatment options, and management*. 2014, 2014. **3**(1): p. 18-34.