

3. **Sauer R., Liersch T., Merkel S., et al. (2012).** Preoperative Versus Postoperative Chemoradiotherapy for Locally Advanced Rectal Cancer: Results of the German CAO/ARO/AIO-94 Randomized Phase III Trial After a Median Follow-up of 11 Years. *JCO*, **30(16)**, 1926–1933.
4. **Sauer R., Liersch T., Merkel S., et al. (2012).** Preoperative Versus Postoperative Chemoradiotherapy for Locally Advanced Rectal Cancer: Results of the German CAO/ARO/AIO-94 Randomized Phase III Trial After a Median Follow-up of 11 Years. *JCO*, **30(16)**, 1926–1933.
5. **Lim Y.J., Kim Y., and Kong M. (2018).** Comparative survival analysis of preoperative and postoperative radiotherapy in stage II-III rectal cancer on the basis of long-term population data. *Scientific Reports*, **8(1)**, 17153.
6. **Hoàng Mạnh Thắng, (2009),** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư trực tràng giai đoạn T3-T4 tại Bệnh viện K, Luận án tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Arnaud J.P., Koehl C., and Adloff M. (1980).** Carcinoembryonic antigen (CEA) in diagnosis and prognosis of colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum*, **23(3)**, 141–144.
8. **Kim J.Y., Kim N.K., Sohn S.K., et al. (2009).** Prognostic Value of Postoperative CEA Clearance in Rectal Cancer Patients with High Preoperative CEA Levels. *Ann Surg Oncol*, **16(10)**, 2771–2778.
9. **Adjuvant Therapy in Rectal Cancer: Analysis of Stage, Sex, and Local Control—Final Report of Intergroup 0114 | Journal of Clinical Oncology.** <<https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2002.07.132>>, accessed: 12/20/2020.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ HỖN HỢP TẾ BÀO GAN ĐƯỜNG MẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2014 – 2019

Nguyễn Văn Dinh<sup>1</sup>, Trịnh Hồng Sơn<sup>2</sup>, Hoàng Ngọc Hà<sup>3</sup>, Vũ Hoàng Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu NC:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2014-2019. **Đối tượng và phương pháp NC:** NC hồi cứu mô tả trên 30 BN được phẫu thuật cắt gan tại bệnh viện Việt Đức có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật giai đoạn từ 2014 – 2019. **Kết quả:** Kết quả sớm sau mổ: Không có trường hợp nào tử vong sau mổ, biến chứng sau mổ là 53,3% (ổ đọng dịch 36,7%, tràn dịch màng phổi 33,3%, suy gan sau mổ 3,3% và chảy máu sau mổ 10%). Thời gian nằm viện trung bình là 9,9 ngày. Kết quả dài hạn cho thấy: Thời gian sống thêm trung bình sau mổ tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 37,14±6,35 tháng, tỉ lệ sống thêm 13 tháng là 50%. **Kết luận:** điều trị phẫu thuật biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật mang lại kết quả khả quan cho BN bị ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật, phẫu thuật.

### SUMMARY

#### RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMBINED HEPATOCELLULAR CHOLANGIOCARCINOMA AT VIET DUC HOSPITAL PERIOD OF 2014 - 2019

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dinh

Email: dinhcaytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

**Objectives of the study:** To evaluate the results of surgical treatment of Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma (CHC) at Viet Duc Hospital in the period 2014-2019. **Subjects and methods of study:** A retrospective study described more than 30 patients undergoing liver resection at Viet Duc hospital with CHC period from 2014 - 2019. **Results:** Early postoperative results: There were no cases of postoperative mortality, postoperative complications 53,3% (fluid accumulation was 36,7%, pleural effusion was 33,3%, liver failure after surgery was 3,3% and bleeding after surgery was 10%). Median hospital stay was 9,9 days. Long-term results showed that: The mean survival time after surgery up to the end of the study was 37,14±6,35 months, the survival rate of 13 months was 50%. **Conclusion:** Surgical treatment of mixed hepatobiliary tract hepatobiliary system brings positive results for patients with hepatocellular carcinoma.

**Keywords:** Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma, surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật (CHC: Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma) là một loại ung thư gan nguyên phát (UTGNP) hiếm gặp với các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của cả ung thư biểu mô tế bào gan (HCC: Hepatocellular carcinoma) và ung thư đường mật (CCA: Cholangio-carcinoma)[7].

Có nhiều phương pháp điều trị cho bệnh nhân CHC: hóa chất, xạ trị, đốt sóng cao tần, nút mạch chọn lọc khối u, tuy nhiên phẫu thuật vẫn là lựa chọn điều trị hàng đầu cho những trường hợp giai đoạn sớm: cắt bỏ phần gan có u kèm nạo vét hạch, thay ghép gan. Tính khả thi của

phẫu thuật được quyết định bởi một số yếu tố bao gồm thể trạng của bệnh nhân (BMI), mức độ xơ gan (Child-pugh) và kích thước khối u. Một số các nghiên cứu sau đó cho thấy thời gian sống sau phẫu thuật của bệnh nhân mắc CHC tốt hơn CCA nhưng kém hơn so với HCC[8]. Thời gian sống của bệnh nhân sau phẫu thuật có liên quan trực tiếp đến tính triệt để của phẫu thuật, hạch di căn, loại phẫu thuật cắt gan, thể tích gan còn lại [8]. Để đánh giá kết quả phẫu thuật của bệnh nhân CHC, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật của ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2014-2019.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 30 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan tại bệnh viện Việt Đức có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan, đường mật giai đoạn từ 2014 – 2019.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả

**2.2.2 Phương pháp chọn mẫu:** Chọn cỡ mẫu thuận tiện. Chọn tất cả những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

### 2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đường mỡ: đường Mercedes, đường mỡ trên dưới rốn, đường mỡ dưới sườn phải (đường mỡ chữ J), đường dưới sườn hai bên.

#### Xử trí mô:

- + Sinh thiết, mỡ thăm dò.
- + Cắt gan + đốt sóng cao tần, tiêm cồn tuyệt đối trong mô.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của ĐTNC

**Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố tuổi và giới của bệnh nhân**

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
≤40	5	16,7	4	13,3	9	30
41-50	1	3,3	2	6,7	3	10
51-60	11	36,7	1	3,3	12	40
>60	5	16,7	1	3,3	6	20
Tổng	22	73,3	8	26,7	30	100

**Nhận xét:** 73,3% nam và 26,7% nữ, BN trẻ nhất là 31 tuổi, già nhất là 67 tuổi. Nhóm tuổi trung niên 51- 60 chiếm tỉ lệ cao với 40%.

### 3.2. Đặc điểm phẫu thuật

**Bảng 3.2. Tỷ lệ các đường mỡ**

Đường mỡ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Mercedes	2	6,7
Dưới sườn hai bên	1	3,3

+ Cắt gan: Cắt theo giải phẫu và không theo giải phẫu.

+ Cắt gan + các tạng xâm lấn. Cắt gan + mở tĩnh mạch lấy huyết khối

+ Các mức độ cắt gan: Cắt gan lớn (cắt thùy gan phải, cắt nửa gan phải, cắt nửa gan trái, cắt từ 2 phân thùy trở lên), cắt gan nhỏ (cắt phân thùy, cắt hạ phân thùy gan).

Một số các danh pháp cắt gan:

+ Cắt thùy trái: Cắt hạ phân thùy (HPT) 2,3

+ Cắt gan trái: Cắt HPT 2,3 và phân thùy 4

+ Cắt gan phải: Cắt HPT 5,6,7,8

+ Cắt thùy phải: Cắt phân thùy 4, HPT 5,6,7,8

+ Cắt gan trung tâm: cắt phân thùy 4, HPT 5,8

### 2.4.3. Biến chứng sau mổ theo phân loại Dindo và kết quả phẫu thuật

- Các biến chứng trong mổ và sau mổ trong 30 ngày (biến chứng sớm), chỉ ghi nhận các biến chứng liên quan đến điều trị u gan mà không quan tâm tới biến chứng nhiễm trùng vết mổ.

- Thời gian nằm viện tính theo ngày.

- Tỷ lệ tử vong.

### 2.2.4. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu.

- Thu thập danh sách bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là CHC tại khoa Giải phẫu bệnh của BV Việt Đức từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2019.

- Lập danh sách BN, sau đó nhập thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất đã soạn sẵn.

- Liên hệ người thân, hoặc bệnh nhân qua số điện thoại trên hồ sơ bệnh án để điều tra thông tin về thời gian sống sau mổ, thời gian sống không bệnh sau mổ (tái phát).

- **Số liệu được phân tích** bằng phần mềm SPSS 22.0.

Trắng giữa trên rốn	5	16,7
Trắng giữa trên dưới rốn	2	6,7
Chữ J	17	56,7
Nội soi	3	10
<b>Tổng số</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** đường mỡ chữ J chiếm tỷ lệ cao với 56,7%; tiếp theo là đường trắng giữa với 23,3%.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ các loại PT**

Loại phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
Thăm dò, sinh thiết	1	3,3
Cắt gan trái	1	3,3
Cắt thùy trái	4	10,3
Cắt phân thùy sau	7	23,3
Cắt phân thùy sau mở rộng	2	6,7
Cắt gan trung tâm	2	6,7
Cắt gan phải	4	13,3
Cắt 2 hạ phân thùy 5,6	2	6,7
Cắt hạ phân thùy 5	1	3,3
Cắt phân thùy trước	1	3,3
Cắt hạ phân thùy 8	2	6,7
Cắt hạ phân thùy 4	2	6,7
Cắt hạ phân thùy 6, RFA hạ phân thùy 8	1	3,3
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** BN cắt phân thùy sau chiếm 23,3% và cắt phân thùy sau mở rộng là 6,7%, Tỷ lệ cắt gan phải 13,3%. Có 1 bệnh nhân mở bụng sau đó không cắt được gan, chỉ sinh thiết khối u (3,3%). Có 1 bệnh nhân mổ cắt u kèm đốt sóng cao tần trong mổ (3,3%).

**3.3. Kết quả phẫu thuật gan**

**Bảng 3.4. Tỷ lệ các biến chứng**

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Suy gan sau mổ	1	3,3
Ổ đọng dịch	11	36,7
Tràn dịch màng phổi	10	33,3
Rò mật	1	3,3
Cổ chướng	1	3,3
Chảy máu	3	10
Áp xe tồn dư	0	0
Tử vong	0	0

**Nhận xét:** 16 BN có biến chứng sau mổ chiếm tỉ lệ 53,3%, trong đó biến chứng hay gặp nhất là ổ đọng dịch tại diện cắt gan gặp trong 11 BN (36,7%), tràn dịch màng phổi gặp trong 10/30 BN (33,3%).

Có 1 BN (3,3%) bị suy gan sau mổ, 3 BN chảy máu sau mổ (10%), 1 BN rò mật (3,3%), không ghi nhận BN nào áp xe tồn dư sau mổ.

**Bảng 3.5. Phân độ biến chứng theo Dindo**

Phân độ biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Không có biến chứng	10	30
Độ I	16	53,3
Độ II	3	10
Độ IVa	1	3,3
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có tới 70% số BN có biến chứng sau mổ theo phân độ Dindo, trong đó chủ yếu là mức độ I (53,3%), có 1 BN biến chứng nặng mức độ IVa, và tử vong 2 tháng sau đó.

**Bảng 3.6. Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân theo biến chứng**

Ngày nằm viện	Tiêu chí	Trung bình	Số BN	Min	Max	p
Biến chứng sau mổ	Có	9,76 ± 3,77	21	6	23	0,757
	Không	10,22 ± 3,49	9	5	15	
<b>Tổng số</b>		<b>9,90 ± 3,63</b>	<b>30</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	

**Nhận xét:** Ngày nằm viện trung bình của BN sau mổ là 9,90±3,63. BN nằm ít nhất là 5 ngày, dài nhất là 23 ngày, không có sự khác biệt về thời gian nằm viện giữa 2 nhóm có biến chứng và không biến chứng (P= 0,757 > 0,05).

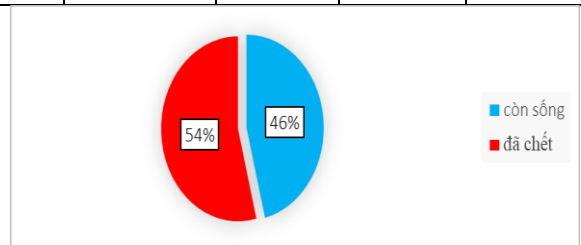
BN nằm viện lâu nhất là 23 ngày ở nhóm có biến chứng sau mổ.

**Bảng 3.7. Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân theo loại cắt gan**

Ngày nằm viện	Tiêu chí	Trung bình	Số BN	Min	Max	p
Loại cắt gan	Lớn	12,00 ± 5,77	7	6	23	0,249
	Nhỏ	9,26 ± 2,66	23	5	15	
<b>Tổng số</b>		<b>9,90 ± 3,63</b>	<b>30</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	

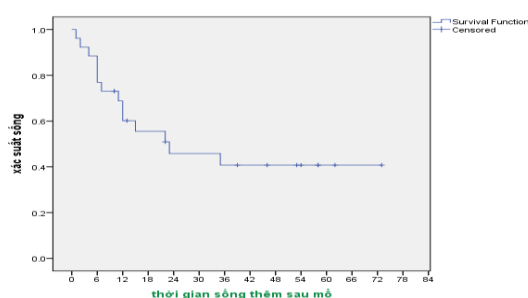
**Nhận xét:** Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân cắt gan lớn là 12 ngày, cắt gan nhỏ là 9,26 ngày. Không có sự khác biệt về thời gian nằm viện trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân cắt gan lớn và cắt gan nhỏ (P= 0,249 > 0,05).

**3.4. Kết quả xa.** Sau khi hồi cứu hồ sơ bệnh án 30 BN, tiến hành liên lạc với người nhà theo số điện thoại ghi trên hồ sơ bệnh án, có 01 trường hợp đến tận nơi để liên hệ (BN tại Nam Định), chỉ nhận được thông tin của 26/30 BN, kết quả thể hiện như sau:



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân tử vong**

**Nhận xét:** Có 12/26 (46%) BN còn sống tính đến thời điểm nghiên cứu thực hiện.



**Biểu đồ 3.3. Ước tính thời gian sống thêm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

**Nhận xét:** Thời gian sống thêm ước tính theo phương pháp Kaplan – Meier là  $37,14 \pm 6,35$  tháng. Xác suất sống sót sau 13 tháng là 50%. Tháng thứ 35 có thêm ca cuối cùng tử vong, xác suất sống sót tích lũy là 40,7%.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đường mổ.** Đường mở bụng là một trong những yếu tố quyết định sự thành công của PT. Tiêu chuẩn của đường mổ cắt gan tốt là phải bộc lộ được toàn bộ gan và cuống mạch gan, cụ thể là bộc lộ được hai điểm tận cùng của gan về phía phải và trái, phía trên phải bộc lộ được hợp lưu của các tĩnh mạch gan vào tĩnh mạch chủ dưới. Bên cạnh đó, đường mổ bụng tốt cũng phải làm giảm tối đa nguy cơ xuất hiện biến chứng sau mổ.

Đường dưới sườn hai bên: là đường mổ kinh điển trong PT cắt gan, với ưu điểm là bộc lộ gan tối đa giúp dễ dàng phẫu tích dây chằng tam giác phải và trái, trường mổ rộng rãi giúp kiểm soát cuống gan dễ dàng. Tuy nhiên do cắt nhiều cơ nên sau mổ BN đau nhiều làm ảnh hưởng đến chức năng hô hấp. Đường mổ này được sử dụng ở 1/30 BN trong nghiên cứu.

Đường trắng giữa: Đường mổ được thực hiện bằng cách rạch thẳng theo đường trắng giữa trên rốn có thể kéo dài qua rốn nếu phẫu trường còn chật hẹp, đường mổ này chỉ sử dụng cho các trường hợp khối u nhỏ, nằm gọn trong thùy trái, không gặp khó khăn khi giải phóng và cắt thùy này. Trong NC của chúng tôi có tới 23,3% phẫu thuật viên sử dụng đường mổ này.

Đường dưới sườn phải hay đường chữ J: là một trong những đường mổ bụng phổ biến nhất [4]. Ưu điểm của đường mổ là có thể bộc lộ toàn bộ gan phải và tĩnh mạch gan phải. Về lý thuyết nhược điểm của đường mổ là gây hạn chế trường mổ do đó gây khó khăn trong phẫu tích các thành phần của cuống gan. Thực tế trong NC của chúng tôi, đây lại là đường mổ bụng được sử dụng nhiều nhất với 17/30 BN, chiếm tỉ lệ 56,7%.

Đường mổ Mercedes: NC của chúng tôi có 2 BN được thực hiện mổ cắt gan bằng đường mổ này chiếm 6,7%, đây là đường mổ rộng rãi nhất, với đường mổ này có thể bộc lộ toàn bộ cả 2 gan và thực hiện được các loại PT cắt gan qua đường mổ này. Tuy nhiên đường mổ này có các nhược điểm: gây đau và ảnh hưởng đến hô hấp ngoài ra tồn tại điểm yếu ở chỗ giao 2 đường (5% có thoát vị).

Cắt gan nội soi: khắc phục được nhược điểm của các phương pháp mổ mở truyền thống, làm giảm đau cho BN sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi có 10% số BN được mổ nội soi.

**4.2. Các loại phẫu thuật.** Trong NC, có 7 BN được cắt gan lớn, 22 BN cắt gan nhỏ và 1 BN không cắt được gan. Đặc điểm của phẫu thuật cắt gan điều trị CHC là phải cắt gan theo giải phẫu, thể tích gan bị cắt bỏ không chỉ bao gồm thể tích u mà còn kèm theo một phần nhu mô gan lành xung quanh u. Trong trường hợp nhu mô gan bình thường, có thể cho phép cắt bỏ 75-80% thể tích gan, tuy nhiên trong trường hợp nhu mô gan bệnh lý, thể tích gan còn lại phải đạt ít nhất 40% để đảm bảo chức năng gan sau phẫu thuật.

Như vậy, chỉ đánh giá chức năng gan trước mổ sẽ không đủ để dự phòng suy gan mà còn phải tính toán thể tích gan dự kiến còn lại sau cắt gan lớn để có thái độ xử trí đúng đắn. Vấn đề thể tích gan còn lại đã được các tác giả trên thế giới quan tâm tới từ lâu, thể tích gan còn lại không đủ đã được xác định là nguyên nhân chính gây suy gan sau mổ. Thuật ngữ hội chứng gan nhỏ được sử dụng rộng rãi trong ghép gan và cắt gan điều trị UBTG. Hội chứng gan nhỏ xảy ra khi tỉ lệ thể tích gan còn lại/ trọng lượng cơ thể <1% hoặc tỉ lệ thể tích gan còn lại/thể tích gan chuẩn <30%. Hội chứng này gây suy gan sau mổ và có tỉ lệ tử vong lên tới 50% [6]. Theo Ferrero (2007), các BN có thể tích gan còn lại không đủ có tỉ lệ biến chứng chung là 46,2%, tỉ lệ suy gan sau mổ là 23,1% cao hơn hẳn nhóm còn lại là 30,6% và 4,2% [5]. Mất máu trong mổ trên 1000 ml làm tăng nguy cơ suy gan sau mổ [6].

**4.3. Kết quả phẫu thuật.** Không có BN nào tử vong, 16 BN có biến chứng sau mổ (chiếm 53,3%). Trong đó biến chứng hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi (33,3%). Có 1 BN bị suy gan sau mổ, các biến chứng liên quan tới PT khác bao gồm: rò mật (1BN), chảy máu sau mổ (3 BN) và tồn tại ổ đọng dịch sau mổ (11 BN).

Phẫu thuật cắt gan luôn có tỉ lệ biến chứng và tử vong cao so với các phẫu thuật của đường tiêu hóa. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tử vong

sau mổ, theo Ferrero tỷ lệ tử vong sau mổ cắt gan là 13%, sau cắt gan lớn là 20%, trong đó nguyên nhân tử vong do chảy máu là 20% [5]. NC của Trịnh Hồng Sơn (2001) tổng kết 124 trường hợp UBTG được điều trị cắt gan giai đoạn 1992-1996 cho thấy tỉ lệ tử vong sau mổ cắt gan là 11,3% trong đó nguyên nhân chính của tử vong là suy gan sau mổ [2].

Trong NC của chúng tôi có 1 BN bị rò mật sau mổ, BN được cho ra viện và không phải mổ lại, nhưng BN này mất 4 tháng sau khi ra viện.

Tràn dịch màng phổi là biến chứng thường gặp sau cắt gan. Biến chứng này gặp nhiều hơn trong cắt gan phải là do để di động gan phải, PTV phải phẫu tích rộng hơn so với giải phóng gan trái. Một cơ chế nữa là thời gian kẹp mạch máu kéo dài gây ra rối loạn chức năng gan sau mổ, phù tế bào gan, do đó ảnh hưởng tới tuần hoàn bạch huyết và gây ra tràn dịch màng phổi. Rút ngắn thời gian kẹp mạch máu có thể làm giảm tỉ lệ biến chứng này. Trong NC, một tỷ lệ cao là 33,3% số BN có tràn dịch màng phổi, tuy nhiên số lượng dịch màng phổi khá ít và chỉ 1 BN cần can thiệp hút dịch màng phổi. BN này cũng là người có suy gan sau mổ.

**4.4. Thời gian nằm viện.** Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong nghiên cứu này là  $9,90 \pm 3,63$  ngày, BN nằm ít nhất là 5 ngày, dài nhất là 23 ngày, không có sự khác biệt về thời gian nằm viện giữa 2 nhóm có biến chứng và không biến chứng ( $p = 0,757 > 0,05$ ). Trong nghiên cứu của Lê Văn Thành (2013) thời gian nằm viện trung bình là 11,2 ngày, ngắn nhất 6 ngày, dài nhất 40 ngày [3].

Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân cắt gan lớn là 12 ngày, cắt gan nhỏ là 9,26 ngày. Không có sự khác biệt về thời gian nằm viện trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân cắt gan lớn và cắt gan nhỏ ( $p = 0,249 > 0,05$ ).

Thời gian nằm viện của NB phụ thuộc vào loại PT cắt gan, các biến chứng trong và sau mổ, kế hoạch điều trị tiếp theo. Trong NC, có 1 BN không cắt được gan mà chỉ mổ sinh thiết làm giải phẫu bệnh, tuy nhiên có chỉ định đốt sóng cao tần khối u sau mổ nên BN này nằm viện sau mổ tới 14 ngày dù tính chất cuộc mổ không nghiêm trọng.

**4.5. Kết quả xa.** Tính đến thời điểm nghiên cứu, có 12 BN còn sống, tỉ lệ BN tử vong tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 54,6%. Thời gian sống thêm ước tính theo phương pháp Kaplan – Meier là  $37,14 \pm 6,35$  tháng. Xác suất sống sót sau 13 tháng là 50%. tháng thứ 35 có

thêm ca cuối cùng tử vong, xác suất sống sót tích lũy là 40,7%. Kết quả này tương đương với NC của Nguyễn Quang Nghĩa (2012) cho thấy kết quả khả quan hơn nhiều so với các tác giả nói trên với thời gian sống thêm trung bình là 28,67 tháng, tỉ lệ sống thêm sau 36 tháng là 61,06% [1].

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật cắt bỏ khối u vẫn là biện pháp điều trị quan trọng và hiệu quả nhất trong điều trị ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật.

## KIẾN NGHỊ

Sinh thiết gan trước mổ làm hóa mô miễn dịch dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong trường hợp các khối u gan không điển hình trên lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Nguyễn Quang Nghĩa (2012).** Nghiên cứu áp dụng đo thể tích gan bằng chụp cắt lớp vi tính trong chỉ định, điều trị phẫu thuật ung thư gan nguyên phát. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội. 2012.
- 2. Trịnh Hồng Sơn, Lê Tư Hoàng (2001).** Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư gan nguyên phát tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 1992-1996. Tạp chí y học thực hành, 07: 42-46.
- 3. Lê Văn Thành (2013).** Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacop điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội. 2013.
- 4. D'Angelica M., Maddineni S., Fong Y., et al (2006).** Optimal abdominal incision for partial hepatectomy: increased late complications with Mercedes-type incisions compared to extended right subcostal incisions. *World J Surg*, 2006, 30(3): 410-418.
- 5. Ferrero A., Vigano L., Polastri R., et al (2007).** Postoperative liver dysfunction and future remnant liver: where is the limit? Results of a prospective study. *World J Surg*, 2007, 31(8): 1643-1651.
- 6. Jarnagin WR, Weber S, Tickoo SK, et al (2002).** Combined hepatocellular and cholangiocarcinoma: demographic, clinical, and prognostic factors. *Cancer* 2002;94:2040-2046.
- 7. Kim K.H, Lee S.G, Park E.H. et al (2009).** Surgical treatments and prognoses of patients with combined hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma. *Annals of surgical oncology*. 2009;16:623-632.
- 8. Stavraka C, Rush H, Ross P (2018).** Combined hepatocellular cholangiocarcinoma (cHCC-CC): an update of genetics, molecular biology, and therapeutic interventions. *Journal of Hepatocellular Carcinoma*, 2018,11-21.