

phẫu thuật thành đáp ứng với điều trị nội khoa sau khi phẫu thuật cắt bỏ u tuyến thượng thận. Các triệu chứng khác khác như co rút cơ, tê bì hay đau thắt lưng của bệnh nhân cũng đã hết.

Nhóm khám lại có 70/70 bệnh nhân đều có Kali máu trở về giới hạn bình thường. Có 23 bệnh nhân được xét nghiệm lại rennin và aldosteron, tất cả đều trở về bình thường, kết quả tương đồng với các nghiên cứu khác. Điều này chứng minh hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị hội chứng Conn do u tuyến thượng thận. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính sau mổ tất cả các trường hợp đều không còn u.

Trong số các bệnh nhân được khảo sát mức độ hài lòng sau phẫu thuật, có 72 bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng chiếm 87,8%, chỉ có 1 bệnh nhân không hài lòng vì suy tuyến thượng thận sau mổ. I. Christakis đánh giá trên 23 bệnh nhân thì 19 bệnh nhân (82,6%) cảm thấy hài lòng sau phẫu thuật, sức khỏe cải thiện, ít ảnh hưởng chất lượng cuộc sống.

## V. KẾT LUẬN

Áp dụng phẫu thuật nội soi đường sau phúc mạc cho hội chứng Conn do u tuyến thượng thận có tính an toàn, khả thi với nhiều ưu điểm như: hiệu quả phẫu thuật cao, thời gian mổ ngắn, hậu phẫu ngắn và nhẹ nhàng, tính thẩm mỹ cao, cải thiện chất lượng cuộc sống.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Funder JW, Carey RM, Mantero F, et al.** The Management of Primary Aldosteronism: Case

Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(5):1889-1916. doi:10.1210/jc.2015-4061

2. **Vũ Đức Hợp, Vũ Lê Chuyên.** Một Số Nhận Xét về Điều Trị u Tuyến Thượng Thận Tại Bệnh Viện Bình Dân Từ Năm 1992-1999, *Y Học Việt Nam.* 2001; Tập 4, Số 5, Tr193-195.
3. **Madani A, Lee JA.** Surgical Approaches to the Adrenal Gland. *Surg Clin North Am.* 2019; 99(4):773-791. doi:10.1016/j.suc.2019.04.013
4. **Walz MK, Gwosdz R, Levin SL, et al.** Retroperitoneoscopic adrenalectomy in Conn's syndrome caused by adrenal adenomas or nodular hyperplasia. *World J Surg.* 2008; 32(5):847-853. doi:10.1007/s00268-008-9513-0
5. **Young WF.** Minireview: primary aldosteronism--changing concepts in diagnosis and treatment. *Endocrinology.* 2003;144(6):2208-2213. doi: 10.1210/en.2003-0279
6. **Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính 64 dãy trong chẩn đoán u tuyến thượng thận | Hội Điện Quang và Y Học Hạt Nhân.** Accessed October 10, 2022. <https://www.radiology.com.vn/bao-cao-khoa-hoc/nghien-cuu-dac-diem-hinh-anh-va-gia-tri-cua-cat-lop-vi-tinh-64-day-trong-chan-doan-u-tuyen-thuong-than-n333.html>
7. **Tuncel A, Langenhuijsen J, Erkan A, et al.** Comparison of synchronous bilateral transperitoneal and posterior retroperitoneal laparoscopic adrenalectomy: results of a multicenter study. *Surg Endosc.* 2021;35(3):1101-1107. doi:10.1007/s00464-020-07474-y
8. **Young WF.** Diagnosis and treatment of primary aldosteronism: practical clinical perspectives. *J Intern Med.* 2019;285(2):126-148. doi: 10.1111/joim.12831

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TẾ BÀO GAN TRÊN NỀN VIÊM GAN VIRUS C TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2016-2020

Nguyễn Quang Nghĩa<sup>2</sup>, Phạm Văn Tấn<sup>1</sup>, Đỗ Hải Đăng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tế bào gan trên nền viêm gan virus C (HCC/VGC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu 36 trường hợp HCC/VGC được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2016 đến 12/2020. **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình 53,03 ± 9,85; giới

nam:nữ 6,2; 30,6% đã điều trị thuốc chống virus VGC. Tỷ lệ đến viện vì đau HSP chiếm 50%, tình cờ phát hiện u là 38,9%, chức năng gan trước mổ Child – Pugh A chiếm 97,2%. Kích thước u trung bình là 56,7 mm. Thời gian mổ trung bình là 162,5 ± 51,9 phút. Một bệnh nhân (BN) (2,8%) có tai biến trong mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 41,7%. 1 BN (2,8%) tử vong trong 30 ngày sau mổ. Thời gian theo dõi trung bình là 40 ±17 tháng. Thời gian sống thêm trung bình là 94,3%, 76,9% và 45,5%.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, viêm gan C, phẫu thuật

## SUMMARY

### SURGICAL OUTCOMES OF HEPATITIS C-RELATED HEPATOCELLULAR CARCINOMA

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

<sup>2</sup>Trung tâm ghép tạng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Tấn

Email: phamvantan14051991@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022

## IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL DURING 2016-2020

**Objectives:** To describe the clinical, laboratory characteristics and evaluate the surgical results of hepatocellular carcinoma caused by hepatitis C virus (HCC/HCV). **Subjects and methods:** Retrospective study of 36 cases of HCC/HCV operated at Viet Duc University Hospital from January 2016 to December 2020. **Results:** Mean age  $53.03 \pm 9.85$ ; male:female 6.2; 30.6% had been treated with antiretroviral drugs. Right hypochondriac pain accounted for 50%, incidental tumor detection was 38.9%, Child-Pugh A liver function accounted for 97.2%. The average tumor size was 56.7 mm. The average operative time was  $162.5 \pm 51.9$  minutes. One patient (2.8%) had an intraoperative complication. The rate of postoperative complications was 41.7%. 1 patient (2.8%) died within 30 days after surgery. The mean follow-up time was  $40 \pm 17$  months. The median survival time was 38.7 months. The survival rates of 12, 36 and 60 months were 94.3%, 76.9% and 45.5%, respectively.

**Keywords:** Hepatocellular carcinoma, hepatitis C virus, surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là bệnh lí ác tính nguyên phát và phổ biến của gan có liên quan mật thiết với tình trạng nhiễm virus viêm gan B và C<sup>1</sup>. Tại Việt Nam, tỉ lệ VGC ở người trưởng thành chỉ là 1 đến 3,3%<sup>1</sup>. Trong đó vai trò của virus viêm gan C chủ yếu là gây viêm tế bào gan mạn tính, stress oxy hóa dẫn đến tổn thương tế bào gan, xơ gan kích thích quá trình tăng sinh tế bào từ đó tăng nguy cơ đột biến gen và gây ung thư gan<sup>2</sup>. Mặt khác, diễn biến của viêm gan do VGC thường âm thầm, ít hoặc không có các triệu chứng ở giai đoạn sớm nên khi phát hiện HCC ở các trường hợp này thường ở giai đoạn muộn hay chức năng gan kém, tiện lượng nặng. Dù vậy phẫu thuật vẫn được coi là một trong những phương pháp điều trị triệt căn nhất cho BN HCV/VGC. Tuy vậy, chưa có nghiên cứu nào đánh giá riêng đặc điểm lâm sàng cũng như kết quả phẫu thuật các trường hợp HCC/VGC ở Việt Nam. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị HCC trên nền VGC tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn từ 2016 đến 2020.

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

**Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán HCC trên nền VGC được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 2016-2020.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân được chẩn đoán HCC theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2020 trên nền VGC, được phẫu thuật cắt gan. Các biến số đặc điểm lâm sàng như tuổi,

giới, BMI, tiền sử điều trị VGC, bệnh lí nội khoa, điều trị u gan, triệu chứng cơ năng và thực thể. Các biến cận lâm sàng kết quả công thức máu, sinh hóa máu, alpha-fetoprotein (AFP), chức năng gan, kích thước và số lượng u trên cắt lớp vi tính (CLVT), các đặc điểm khác trên CLVT, giai đoạn bệnh theo Tumour Nodes Metastasis (TNM), chức năng gan. Các chỉ số trong phẫu thuật bao gồm đường rạch da, loại cắt gan (nhỏ, gan phải hay trái), thời gian phẫu thuật, tai biến trong phẫu thuật, truyền máu trong và sau phẫu thuật. Các biến sau phẫu thuật gồm thời gian điều trị sau phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh, các biến chứng sau phẫu thuật phân loại theo Clavien – Dindo, mức độ nhẹ là Dindo I và II, nặng là Dindo III và IV, theo dõi xa tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu 09/2022 tỉ lệ sống tại thời điểm 1 tháng, 12 tháng, 36 tháng và 60 tháng sau cắt gan. Thời gian phẫu thuật tính từ lúc rạch da đến khi đóng xong vết mổ, cắt gan nhỏ là cắt gan dưới ba hạ phân thùy. Thời gian sống thêm sau phẫu thuật tính từ khi phẫu thuật xong đến khi tử vong. Số liệu được xử lí bằng phần mềm SPSS.20.

**Đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học trường Đại học Y Hà Nội thông qua và phê duyệt, được sự đồng ý của ban Giám đốc và phòng KHTH BV Việt Đức đồng ý.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đã có 36 trường hợp HCC/VGC được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2020 với độ tuổi trung bình  $53,03 \pm 9,85$  (31 – 75) tuổi, trong đó nam giới chiếm đa số với nam:nữ là 6,2.

**Bảng 1: Các đặc điểm CLVT và giải phẫu bệnh**

N = 36	Phân loại	n (%)
Số lượng u	1 u	31 (86,1)
	2 u	5 (13,9)
Kích thước u lớn nhất (mm)	$56.71 \pm 26 (12 - 100)^a$	
	Dưới 20mm	2 (5,6)
	Từ 20 đến 50mm	15 (41,7)
	Trên 50mm	19 (52,8)
	Diện cắt R1	14 (38,9)
Xâm lấn mạch máu	Nhỏ	27 (75)
	Lớn	1 (2,8)
	Có nhân vệt tinh	4(11,1)
Giai đoạn theo TNM	Sớm I, II	12 (33,3)
	Muộn III, IV	(24 66,7)
Mức độ xơ hóa gan	Nhẹ F1, F2	21 (58,3)
	Nặng F3, F4	15 (41,7)

AST: aspartate aminotransferase; ALT: alanine aminotransferase; CUSA: cavitron ultrasonic surgical aspirator.

<sup>a</sup>: trung bình cộng ± độ lệch chuẩn (Min–Max)

Tất cả các trường hợp được xác định nhiễm VGC với tỉ lệ đã điều trị thuốc chống virus là 30,6%. Phần lớn các BN đến viện khi đã có triệu chứng lâm sàng chiếm 61,1%, trong đó dấu hiệu đau bụng vùng mạn sườn là nhiều nhất với 50%. Về mặt tiền sử, 25% có ít nhất 1 bệnh lí nội khoa đi kèm, ngoài ra có 3 trường hợp là u tái phát (đã phẫu thuật cắt u gan) và 25% có điều trị nút mạch trước phẫu thuật. Hầu hết các trường hợp có chức năng gan tốt Child – Pugh A 97,2%, chỉ 1 trường hợp Child – Pugh B, nồng độ AFP trung bình là 2169 ± 8085,1 ng/ml, trong đó 19,4% là trên 400ng/ml.

Tỉ lệ BN có 1 khối u chiếm 86,1% trong khi không có BN nào có từ 3 khối trở lên. Kích thước u trung bình là 56.71 ± 26 (12 – 100)mm, chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm trên 50mm với 52,8%. Phần lớn các khối u đã xâm lấn mạch máu nhỏ trung u với tỉ lệ 75%. Hầu hết các trường hợp đã có xơ hóa gan tùy mức độ, đa số là nhẹ F1, F2 với tổng 66,7%. Trong khi về mặt giai đoạn tập trung ở nhóm II và IIIa với lần lượt 27,8% và 38,9%.

**Bảng 2. Một vài đặc điểm trong phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật	Mổ mở Nội soi	29 (80,6) 7 (19,4)
Mức độ cắt gan	Nhỏ Lớn	28 (77,8) 8 (22,2)
Thời gian phẫu thuật (phút) <sup>a</sup>		162,5 ± 51,9 (90 – 240)
Tai biến trong mổ (TT TM trên gan)		1 (2,8)
Truyền máu trong và sau mổ		8 (22,2)

<sup>a</sup>: trung bình cộng ± độ lệch chuẩn (Min – Max)

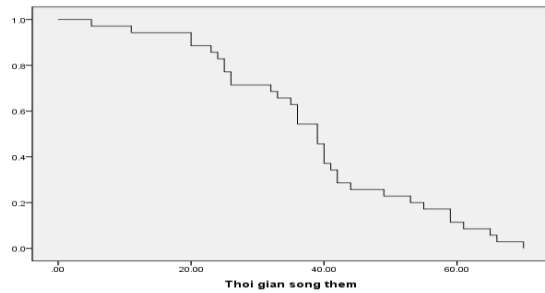
Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 41,6%, trong đó đa phần là biến chứng nhẹ, chỉ 11,1% cần can thiệp thủ thuật, 1 trường hợp suy gan nhiễm khuẩn huyết dẫn đến suy đa tạng, diễn biến nặng xin về. Loại biến chứng hay gặp là tràn dịch màng phổi với 38,9%, song có 4 trường hợp chiếm 11,1% là cần can thiệp chọc hút dịch màng phổi.

**Bảng 3: Kết quả sau phẫu thuật**

N = 36		n (%)
Thời gian điều trị sau phẫu thuật (ngày)		9.72 ± 3.77 (6 – 20) <sup>a</sup>
Tử vong trong vòng 30 ngày		1 (2,8)
Các loại biến chứng sau phẫu thuật	Tràn dịch màng phổi	14 (38,9)
	Tắc mật	1 (2,8)
	Suy gan,	1 (2,8)

	nhiễm khuẩn	
Phân độ biến chứng sau phẫu thuật	Nhẹ Dindo I,II	10
	Nặng Dindo III, IV	5
N = 35 <sup>b</sup>		
Thời gian theo dõi (tháng)		38,7 ± 15,6 (5 - 70) <sup>a</sup>
Thời gian sống thêm trung bình (tháng)		38,7 ± 5,2 <sup>c</sup>
Tỉ lệ sống thêm tại các thời điểm <sup>c</sup>	12 tháng	35 (94,3)
	36 tháng	26 (76,9)
	60 tháng	11 (45,5)

<sup>a</sup>: trung bình cộng ± độ lệch chuẩn (Min – Max); <sup>b</sup>: Không xét đến trường hợp tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật



**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm theo Kaplan – Meier**

Thời gian theo dõi (không tính BN tử vong trong vòng 30 ngày) là gần 39 tháng với BN được theo dõi lâu nhất là 70 tháng. Thời gian sống thêm theo ước tính của Kaplan – Meier là 38,7 ± 5,2 tháng. Tỉ lệ sống thêm tại 12/36/60 tháng là 94,3/76,9/45,5%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Theo nhiều nghiên cứu về HCC nói chung HCC/VGC nói riêng thì nam giới luôn chiếm ưu thế. Theo nghiên cứu này thì nam:nữ là 6,2 tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang Nghĩa (2020) là 7,1<sup>3</sup> nhưng cao hơn của Takahiro Uenishi (2008) là 4,8<sup>4</sup>. Lí do cho hiện tượng này thì HCC là căn bệnh đa nguyên nhân như viêm gan, uống rượu, aflatoxin, gan nhiễm mỡ... và trên thực tế không thể quy kết nguyên nhân cụ thể cho mỗi trường hợp và trên thực tế nam giới luôn là đối tượng tiếp xúc với các tác nhân gây bệnh nhiều hơn. Do đó nếu các tác nhân gây bệnh như trên được kiểm soát tốt thì tỉ lệ mắc bệnh sẽ giảm và sẽ dần cân bằng hơn giữa nam và nữ.

Thời gian ủ bệnh của VGC khá dài trung bình 20 đến 30 năm thập trí con lâu hơn nếu được theo dõi và điều trị đầy đủ trước khi chuyển sang

bệnh lí giai đoạn cuối, như xơ gan và HCC<sup>5</sup>. Và đa số các nghiên cứu cho thấy độ tuổi mắc VGC và tiến triển thành HCC thường là trung và cao niên. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là  $53,03 \pm 9,85$  (31 – 75 tuổi), và tỉ lệ mắc tăng dần theo độ tuổi, kết quả tương đồng với các nghiên cứu chung về kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư gan ở Việt Nam như Trần Mạnh Hùng (2022) là 56,3 (30 – 76)<sup>6</sup> song trẻ hơn so với nghiên cứu của Kazunari Sasaki (2018) là 68 (40 - 87)<sup>7</sup>. Nguyên nhân là do nhiều trường hợp VGC không được phát hiện và điều trị tạo điều kiện để tổn thương gan tiến triển nhanh hơn. Điều này thể hiện ở tỉ lệ phát hiện VGC trước đó chỉ đạt 52,8%, đặc biệt tỉ lệ điều trị thuốc chống virus chỉ đạt 30,6%. Hệ quả là số lượng phát hiện HCC sớm khi tình cờ đi khám chỉ đạt 38,9%, còn lại 61,1% đến khám khi đã có dấu hiệu nặng, trong đó có 3 trường hợp vào viện trong bệnh cảnh u gan vỡ.

Chức năng gan trước mổ chủ yếu là Child – Pugh A với 97,2% chỉ 1 trường hợp Child – Pugh B. Chủ yếu do vấn đề lựa chọn và chỉ định phẫu thuật của phẫu thuật viên và sự phát triển trong các phương pháp điều trị ít xâm lấn hơn như nút mạch, đốt sóng cao tần hay điều trị hóa chất và giảm nhẹ đối với các trường hợp đến muộn, chức năng gan suy giảm. Tương tự nghiên cứu của Utsunomiya Tohru (2015), Child - Pugh A chiếm 84%<sup>7</sup> hay nghiên cứu của Hong Zhu (2020) thì tỉ lệ Child – Pugh A chiếm 98%<sup>8</sup>.

Đa số các trường hợp là đơn u với 88,9% với kích thước u trên 50mm chiếm 55,6%. Khác với nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên (2017) thì nhóm có 2 đến 3 và trên 3 u là 13,6% và 23,4%<sup>9</sup> hay của Trần Quang Tú (2021) là 9,1% và 43,6%<sup>10</sup>, nguyên nhân được cho là đối với nhóm BN đa u ít có chỉ định phẫu thuật hơn.

Giai đoạn u cũng có sự muộn hơn đáng kể với một số nghiên cứu trên thế giới, theo Hong Zhu (2020) thì tỉ lệ I/II/III là 58/28/15<sup>8</sup>, còn theo Shogo Tanaka (2020) tỉ lệ IA/IB/II là 17,3/58,9/23,9<sup>11</sup>. Nguyên nhân là do tỉ lệ BN đến muộn chiếm đa số.

Mức độ xơ hóa gan trên giải phẫu bệnh cũng cho kết quả tất cả các trường hợp đều có xơ hóa gan tùy mức độ, đa số ở mức độ nhẹ và trung bình F1 và F2 với tổng 72,2%, xong vẫn có trường hợp tiến triển đến giai đoạn xơ gan F4 với 13,9%. Tỉ lệ trên trái ngược so với nghiên cứu của Kazunari Sasaki (2018) khi tỉ lệ xơ hóa gan nhẹ chỉ là 17,7%<sup>7</sup>. Do độ tuổi trong nghiên cứu của Kazunari Sasaki lớn hơn.

#### 4.2. Đặc điểm trong và sau mổ

Vấn đề lựa chọn đường mổ phụ thuộc nhiều vào vị trí u gan, đường mổ chữ J được lựa chọn nhiều nhất với 52,8% với ưu điểm rộng rãi, dễ dàng khi cắt các khối u to vị trí sâu, ngoài ra còn dùng đường mổ trắng giữa trên rốn với u gan trái hay nội soi với các u gan nhỏ. Tỉ lệ xơ gan theo đánh giá đại thể trong mổ lên tới 72,2%. Thể hiện rằng phần lớn các HCC trên nền VGC đã có xơ hóa gan hay xơ gan. Hình thái cắt gan nhỏ chiếm ưu thế với tỉ lệ 77,8%, so với cắt gan lớn 22,2% Tương đồng với nghiên cứu của Trần Mạnh Hùng với tỉ lệ cắt gan lớn là 16,4%<sup>6</sup>.

Tất cả 100% các trường hợp cắt gan theo PP của GS Tôn Thất Tùng với tỉ lệ dùng các phương tiện kĩ thuật cao là dao siêu âm với 63,9% và dao CUSA với 16,7%. Đây là điểm sáng khi áp dụng nhiều phương tiện tiên tiến giúp phẫu thuật an toàn hơn cũng như nhanh hơn với thời gian mổ trung bình là  $162,5 \pm 51,9$  phút, nhanh hơn so với nghiên cứu của Hong Zhu (2020)  $189 \pm 74$  và Shogo Tanaka (2020) là 247 (75-662)<sup>8</sup>. Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 41,7%, loại biến chứng hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi 38,9%. Tương tự với nghiên cứu của Vũ Văn Quang (2018) thì tỉ lệ biến chứng sau mổ là 23,6% trong đó hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi với 17%.

Trong đó đa phần là các biến chứng nhẹ theo nghiên cứu là 27,8% và 13,9% là biến chứng nặng cần can thiệp thủ thuật. Đặc biệt 01 trường hợp bệnh nhân diễn biến nặng và tử vong. Thời gian nằm viện sau mổ là  $9,72 \pm 3,77$  ngày, ngắn hơn so với nghiên cứu cắt gan chung của Trần Mạnh Hùng (2022) là  $12,8 \pm 6,1$  ngày<sup>6</sup>.

Kết quả xa, với thời gian theo dõi trung bình là  $40,03 \pm 17,02$ . Thời gian sống trung bình là 38,7 tháng. Tỉ lệ sống tại thời điểm 1 năm, 3 năm, 5 năm lần lượt là 94,3%, 76% và 54,4%. So với các nghiên cứu về kết quả cắt gan điều trị HCC của Nguyễn Hoàng (2016) thì thời gian sống trung bình sau cắt gan là  $44 \pm 2,75$  tháng. Còn theo Hong Zhu (2020) thời gian sống thêm trung bình là 55 tháng, trong đó tỉ lệ sống thêm ngoài 1, 3 và 5 năm lần lượt là 84%, 62% và 45%<sup>8</sup>. Nhìn chung so với các nghiên cứu về kết quả phẫu thuật HCC trong nước thì thời gian sống thêm có vẻ ngắn hơn, điều này có thể hiểu do các BN HCC/VGC đều có tình trạng xơ hóa gan thậm chí là xơ gan. Do đó tiên lượng của HCC/VGC xấu hơn HCC nói chung. Tương tự ta cũng thấy tỉ lệ sống thêm 1/3/5 năm tốt hơn so với các nghiên cứu cùng loại ở nước ngoài, điều này cũng được giải thích khi độ tuổi và mức độ xơ gan của các nghiên cứu này cũng cao hơn.

**V. KẾT LUẬN**

HCC/VGC thường gặp ở nam giới và tăng dần theo độ tuổi, song vẫn trẻ hơn nhiều so với một số nước trong khu vực. Mặt khác, tỉ lệ bệnh nhân thường đến muộn khi bệnh đã nặng và gan đã xơ hóa, chức năng gan suy giảm cũng ảnh hưởng tới chỉ định phẫu thuật cho bệnh nhân. Đặc điểm lâm sàng cho thấy rõ điều đó khi tỉ lệ bệnh nhân đến khám khi có triệu chứng cao hơn là không triệu chứng, tỉ lệ xơ gan cao. Nghiên cứu cũng cho thấy những tiến bộ trong phẫu thuật điều trị HCC tại Việt Nam như áp dụng các kĩ thuật cao, phẫu thuật nội soi giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, nâng cao kết quả điều trị. Tạo tiền đề cho kết quả sau phẫu thuật tốt hơn.

**VI. KIẾN NGHỊ**

Với lịch sử nghiên cứu và đánh giá vai trò của VGC đối với HCC, các nghiên cứu chỉ ra rằng việc quản lí bệnh nhân VGC nên được thực hiện theo cả 3 bước: (1) Điều trị trước khi HCC, (2) điều trị HCC, (3) điều trị sau khi đã điều trị HCC.

Mở rộng sàng lọc VGC đối với các đối tượng có nguy cơ cao. Giúp đỡ người nhiễm VGC có cơ hội được điều trị (cung cấp dịch vụ, giảm chi phí). Tăng cường quản lí sàng lọc để phát hiện sớm HCC đối với những người đã/đang nhiễm VGC.

Đối với các trường hợp HCC/VGC đã được điều trị ngoại khoa, cần tiếp tục điều trị VGC nhằm hạn chế nguy cơ tái phát HCC cũng như tiến triển của quá trình xơ gan, giúp kéo dài thời gian sống.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Quyết định số 3129/QĐ-BYT** ngày 17 tháng 07 năm 2020.  
 2. **Bataller, R. and Brenner D.A.** (2005). Liver fibrosis. *J Clin Invest.* 115(2): p. 209-18.

3. **Nguyễn Ngọc Tuấn, Nguyễn Quang Nghĩa** (2020). Kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào gan dưới 5cm tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. *Vietnam medical journal* N<sup>o</sup>2 – August – 2020: 86 – 89.  
 4. **Uenishi T, Nishiguchi S, Tanaka S, Yamamoto T, Takemura S, Kubo S.** Response to interferon therapy affects risk factors for postoperative recurrence of hepatitis C virus-related hepatocellular carcinoma. *J Surg Oncol.* 2008 Oct 1;98(5):358-62. doi: 10.1002/jso.21111. PMID: 18646001.  
 5. **Lingala S, Ghany MG.** Natural History of Hepatitis C. *Gastroenterol Clin North Am.* 2015 Dec;44(4):717-34. doi: 10.1016/j.gtc.2015.07.003. Epub 2015 Aug 25. PMID: 26600216; PMCID: PMC5939344.  
 6. **Mạnh Hùng, T. ., & Quế Sơn, T. .** (2022). Kết quả gắn cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 514(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v514i1.2543>  
 7. **Sasaki, K., Shindoh, J., Nishioka, Y., Sugawara, T., Margonis, G. A., Andreatos, N., ... Hashimoto, M.** (2018). Postoperative low hepatitis C virus load predicts long-term outcomes after hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *Journal of Surgical Oncology*, 117(5), 902–911.  
 8. **Zhu, H., Xing, H., Yu, B., Yan, W.-T., Zhang, C.-W., Guan, M.-C., ... Yang, T.** (2020). Long-term survival and recurrence after curative resection for hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis C virus infection: a multicenter observational study from China. *HPB.* doi:10.1016/j.hpb.2020.04.006  
 9. **Quang Tú, T. ., Công Duy Long, T. ., & Thị Hồng Tươi, Đ.** (2021). Đặc điểm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại đơn vị ung thư gan và ghép gan – khoa ngoại gan mật tụy Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 504(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v504i2.895>  
 10. **Trung Kiên Nguyễn** (2017) Khảo sát đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm, chụp cắt lớp vi tinsung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân Y 4. *Tạp chí y – dược học quân sự* số 1, 2017. 105-111.

**KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TUYỆT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG TÁ TRÀNG ĐẦU TUYỆT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

**Nguyễn Hoàng<sup>1</sup>, Trần Quang Huy<sup>2</sup>**

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy do ung thư vùng tá tràng, đầu tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang 32 bệnh nhân ung thư vùng tá tràng đầu tụy được phẫu thuật cắt khối tá tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 09/2016 đến 09/2020. **Kết quả:** Trong ung thư vùng tá tràng đầu tụy đa số là ung thư biểu mô tuyến (75,1%), ung thư biểu mô tuyến ống (12,5%). Xâm lấn khối u ở mức độ T3 chiếm tỷ lệ cao hơn các mức

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội  
<sup>2</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng  
 Email: drhoangnt29@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 12.10.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022  
 Ngày duyệt bài: 15.12.2022