

randomized controlled trial of forward-planned radiotherapy (IMRT) for early breast cancer: Baseline characteristics and dosimetry results. *Radiother Oncol* 92:34-41 (2009).

7. **Blom Goldman U, Anderson M, Wennberg B, et al:** Radiation pneumonitis and pulmonary function with lung dose volume constraints in breast cancer irradiation. *J Radiother Pract* 13:211-

217 (2014).

8. **Murat Beyzadeoglu, Gokhan Ozyigit và Cüneyt Ebruli** (2010). *Basic Radiation Oncology*, Springer, New York.
9. **E. Hacıislamoglu, F. Colak, E. Canyilmaz et al.** (2016). The choice of multi-beam IMRT for whole breast radiotherapy in early-stage right breast cancer. *Springerplus*, 5(1), 688.

## KẾT QUẢ SỚM SAU MỔ CẮT GAN NHỎ THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải<sup>1</sup>, Dương Quang Tiến<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm sau mổ cắt gan nhỏ điều trị ung thư biểu mô tế bào gan và các yếu tố ảnh hưởng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 129 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan từ tháng 1/2015 đến 1/2020 tại trung tâm ghép tạng bệnh viện Việt Đức. **Kết quả** Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 52,8 ± 12,4, tỷ lệ nam/nữ là 4/1, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử VGB là 26,35%. Bệnh nhân vào viện vì triệu chứng đau tức bụng là thường gặp nhất, chiếm 46,5%. AFP huyết thanh trung bình 736,97 ± 1612,7 (0,06 - 7725) ng/ml. Có 33% BN có giá trị AFP > 200 ng/ml. Đường mỡ bụng được sử dụng phổ biến trong NC là đường chữ J chiếm tỷ lệ 77,5%. Thời gian mổ cắt gan nhỏ trung bình 225,1 ± 70,6 phút. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 47,2%, Tràn dịch màng phổi có tỉ lệ 39,5% là biến chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu. Ổ dịch tồn dư có tỉ lệ 13,18 %, chảy máu sau mổ có tỉ lệ 1,6%, tỷ lệ suy gan sau mổ là 0,78%. Có 1 trường hợp tử vong sau mổ (trong vòng 1 tháng sau mổ). Thời gian nằm viện trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là 10,4 ± 3,9 ngày. Thời gian mổ trên 240 phút, tuổi trên 60 là các yếu tố ảnh hưởng đến các biến chứng sau mổ. **Kết luận:** phẫu thuật cắt gan nhỏ điều trị ung thư biểu mô tế bào gan an toàn, đa phần biến chứng ở mức độ nhẹ với tỷ lệ tử vong thấp.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, phẫu thuật cắt gan nhỏ.

### SUMMARY

#### EARLY RESULT OF MINOR ANATOMICAL LIVER RESECTION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate early results of minor

liver resection and effect factors. **Patients and method:** Retrospective cross-sectional study of 129 patients with hepatocellular carcinoma were performed minor liver resection in Viet Duc hospital from 1/2015 to 1/2020. **Results:** The average age 52.8 ± 12.4 years old, the male/female ratio: 4/1, the patients with hepatitis B: 26.35%. Patients admitted to the hospital because of abdominal pain were the most common, accounting for 46.5%. Average AFP: 736.97 ± 1612.7 (0.06 - 7725) ng/ml. There are 33% of patients with AFP value > 200 ng/ml. The average time operation: 225.1 ± 70.6 minutes. The overall rate of complications after surgery: 47.2%; pleural effusion had a rate of 39.5% which was the most common complication in the study. Residual outbreaks have the rate of 13.18%, the rate of postoperative bleeding is 1.6%, the rate of postoperative liver failure is 0.78%. There was 1 case of postoperative death (within 1 month after surgery). The mean hospital stay: 10.4 days. Surgery time over 240 minutes, age over 60 are factors affecting postoperative complications. **Conclusion:** Minor liver resection for hepatocellular carcinoma is safe, most of the complications are mild and mortality rate is low.

**Keywords:** hepatocellular carcinoma, minor liver resection.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan - HCC (Hepatocellular carcinoma) là bệnh lý ác tính nguyên phát và phổ biến của gan ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Bệnh liên quan mật thiết với tình trạng nhiễm virus viêm gan B, C với số ca mới mắc là 905677 ca/năm, chiếm 4,7% trong tổng số các loại ung thư. Đồng thời tử vong do ung thư gan xếp thứ ba, chiếm 8,3% tổng số. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị HCC như: phẫu thuật cắt gan, ghép gan, đốt u gan, nút mạch hóa chất,... được chỉ định tùy theo giai đoạn, vị trí, số lượng u,... Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan được coi là phương pháp điều trị triệt căn được lựa chọn hàng đầu và hiệu quả nhất [1]. Phẫu thuật cắt gan nhỏ là cắt ít hơn hoặc bằng hai hạ phân thùy (PT) gan. Trong

<sup>1</sup>Bệnh viện Việt Đức

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2023

Ngày duyệt bài: 8.2.2023

những trường hợp u gan đơn độc khu trú tại 1 hoặc 2 hạ PT liền kề nhau phẫu thuật cắt gan nhỏ được coi là phẫu thuật điều trị triệt căn đem lại tiện lợi tốt cho bệnh nhân ung thư gan. Cắt gan nhỏ giúp tiết kiệm nhu mô gan mà vẫn có thể đảm bảo về ung thư học, tránh suy gan và các tai biến khi mổ cắt gan lớn. Trên thế giới, đã có nhiều công trình NC đề cập đến kết quả sau mổ cắt gan trên bệnh nhân ung thư gan nguyên phát, kết quả cắt gan theo thống kê của các tác giả cũng khác nhau. Ở nước ta, các trung tâm cắt gan lớn đã công bố một số NC về kết quả phẫu thuật cắt gan do ung thư. Tuy nhiên, các NC chủ yếu đánh giá kết quả cắt gan chung, ít có nghiên cứu sâu về kết quả của cắt gan nhỏ. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm đánh giá kết quả sớm sau mổ cắt gan nhỏ theo giải phẫu điều trị HCC và một số yếu tố ảnh hưởng.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân (BN) được mổ mở cắt gan nhỏ theo giải phẫu có giải phẫu bệnh sau mổ là HCC từ tháng 1/2015 đến 1/2020 tại trung tâm ghép tạng bệnh viện Việt Đức. BN có hồ sơ bệnh án ghi nhận đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Nghiên cứu mô tả hồi cứu**

**2.2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu**

- Các đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, tiền sử, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể,
- Các đặc điểm cận lâm sàng: Công thức máu, đông máu, sinh hóa máu, đặc điểm hình ảnh tổn thương trên CT.
- Đặc điểm quá trình phẫu thuật: Đường mổ, thời gian phẫu thuật, kiểu kiểm soát mạch máu, hình thái cắt gan nhỏ, cắt túi mật, khoảng cách từ bờ u đến diện cắt.
- Đặc điểm chung sau phẫu thuật: Công thức máu, sinh hóa máu, thời gian dẫn lưu, thời

gian nằm viện, truyền máu sau mổ.

- Kết quả sớm sau mổ: chảy máu sau mổ, áp xe tồn dư, rò mật, ổ tụ dịch, cổ trướng sau mổ, nhiễm trùng vết mổ, suy gan sau mổ, tử vong sau mổ, phân độ biến chứng theo Dindo

- Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả gần sau mổ: tuổi, bilirubin toàn phần trước mổ, albumin trước mổ, prothrombin, truyền máu trong mổ, số lượng u, thời gian mổ.

**2.3. Xử lý số liệu.** Xử lý số liệu với phần mềm SPSS 21.0. Sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm, sử dụng các test thống kê để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan (t-test, Chi-square, Pearson). Kết quả được cho là có ý nghĩa thống kê nếu  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật.**

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân trước phẫu thuật (n = 129)**

<b>Tuổi (trung bình)</b>		<b>52,8 ± 12,4 (11 – 74)</b>
<b>Giới tính</b>	Nam/Nữ	102 (79,0%)/ 27 (21,0%)
<b>Tiền sử</b>	Viêm gan B và/hoặc C	34 (26,35%)
	Nghiện rượu	8 (6,2%)
	Can thiệp mạch khối u	23 (17,83%)
<b>Triệu chứng</b>	Đau tức bụng	60 (46,5%)
	Gầy sút cân	17 (13,18%)
	Sờ thấy u gan	10 (7,75%)

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 52,8 ± 12,4, trẻ nhất là 11 tuổi, già nhất là 74 tuổi. Phần lớn bệnh nhân bị HCC là nam, chiếm tỷ lệ 79% (n = 102), tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 4:1 Đau tức bụng là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 46,5%

**Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân trước phẫu thuật cắt gan nhỏ (n = 129)**

<b>Xét nghiệm</b>	Hồng cầu (T/l)		4,6 ± 0,67 (2,74 – 7,06)
	Hb (g/l)		139,72 ± 17,9 (59 – 189)
	Tiểu cầu (G/l)		214,51 ± 74,7 (65,3 – 544)
	Prothrombin %		84,9 ± 15,2 (58,8 – 164)
	GOT (U/L)		49,144 ± 35,35 (17,5 – 275,1)
	GPT (U/L)		55,254 ± 39,74 (8 – 227,64)
	Bilirubin toàn phần (mmol/l)		13,42 ± 5,02 (1,3 – 33,8)
	<b>AFP</b>	> 200 ng/ml	38 (33,04%)
Trung bình		736,97 ± 1612,7	
<b>Chụp CT và hoặc MRI</b>	Kích thước u		5,4 ± 3,4 (1 – 25 cm)
	Số lượng u	1 khối	112 (86,82)
		2 - 3 khối	12 (9,30)
		>3 khối	5 (3,88)

	Dấu hiệu Washout	106 (82,1%)
	Bờ gan không đều	19 (14,7%)
	Hạch rốn gan to	18 (9,5%)

**Nhận xét:** Dấu hiệu Washout được tìm thấy ở 106 bệnh nhân (82,1%). Kích thước khối u trung bình:  $5,4 \pm 3,4$  cm. Có đến 45,9% BN trong nhóm HCC có giá trị AFP bình thường, 33% BN có giá trị AFP > 200 ng/ml trong đó 20,54% BN có AFP > 1000 ng/ml.

**Bảng 3: Một số đặc điểm trong phẫu thuật cắt gan nhỏ. (n = 129)**

Đặc điểm		Số BN (%)
Đường mổ	Chữ J	100 (77,5%)
	Mercedes	2 (1,6%)
	Trắng giữa trên rốn	13 (10,1%)
	Dưới sườn phải	14 (10,9%)
Kiểm soát mạch máu	Cặp cuống gan P hoặc T chọn lọc	49 (38,0%)
	Cặp toàn bộ cuống gan	80 (62,0%)
Vết hạch	Vết hạch cuống gan	3 (2,3%)
	Vết hạch cuống gan, nhóm 8	5 (3,8%)
	Lấy hạch cuống gan và hoặc nhóm 8	2 (1,6%)
Hình thái cắt gan nhỏ	Cắt PT sau	23 (17,83%)
	Cắt PT trước	17 (13,18%)
	Cắt thù trái	16 (12,40%)
	Cắt hạ PT 5-6	12 (9,30%)
	Cắt hạ PT 7-8	4 (3,1%)
	Cắt 2 hạ PT (hạ PT 1-4, 3-4, 4-5)	7 (5,4%)
Cắt 1 hạ PT	50 (38,76%)	
Khoảng cách bờ u đến điện cắt > 1 cm		70 (54,3%)

**Nhận xét:** Đường mổ bụng được sử dụng phổ biến trong NC là đường chữ J chiếm tỷ lệ 77,5%.

Có 54,3% trường hợp khoảng cách từ bờ u đến điện cắt là > 1 cm.

**3.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật cắt gan nhỏ.**

**Bảng 4: Kết quả gần sau phẫu thuật cắt gan nhỏ**

Đặc điểm		Số BN (%)
Biến chứng sau mổ	Tràn dịch màng phổi	51 (39,53%)
	Cổ trướng	8 (6,67%)
	Ổ dịch tồn dư	20 (15,5%)
	Chảy máu	2 (1,6%)
	Suy gan sau mổ	1 (0,78%)
Phân độ biến chứng theo Dindo	Độ 1	47 (34,88%)
	Độ 2	11 (13,95%)
	Độ 3a	3 (4,65%)
Tử vong sau mổ		1 (0,78%)
Truyền máu sau mổ		3 (2,3%)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		$10,4 \pm 3,9$ (4 – 28)
Thời gian rút hết dẫn lưu sau mổ (ngày)		$6,9 \pm 3,7$ (2 – 26)

**Nhận xét:** Tràn dịch màng phổi có tỉ lệ 39,53% là biến chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu. Tử vong sau mổ (trong vòng 1 tháng sau mổ) là 0,78%. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 53,49%. Biến chứng độ 1 chiếm tỉ lệ cao nhất 34,88%.

**Bảng 5: Yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ảnh hưởng đến biến chứng sau mổ**

Các yếu tố		Biến chứng		OR	p
		Không	Có		
Tuổi	< 60 (n = 87)	52 (76,5%)	35 (57,4%)	2,41	0,02*
	≥ 60 (n = 42)	16 (23,5%)	26 (42,6%)		
Thời gian mổ	< 240 (n = 79)	48 (70,6%)	31 (50,8%)	2,32	0,02*
	≥ 240 (n = 50)	20 (29,4%)	30 (49,2%)		
Bilirubin toàn phần (mmol/l)	< 20 (n = 118)	62 (93,9%)	56 (91,8%)	1,38	0,64
	≥ 20 (n = 9)	4 (6,1%)	5 (7,3%)		
Tiểu cầu < 150000/ml	Không (n = 106)	59 (86,7%)	47 (77,1%)	1,95	0,15
	Có (n = 23)	9 (13,3%)	14 (22,9%)		
Kích thước u	<3cm (n=20)	13 (19,1%)	7 (11,5%)	1,63	0,35
	3->5 cm (n=62)	33 (48,5%)	29 (47,5%)		
	>5cm (n=47)	22 (32,4%)	25 (41,0%)		
Số lượng u	1 – 3 u (n=124)	67 (98,5%)	57 (93,4%)	4,7	0,136
	> 3 u (n=5)	1 (1,5%)	4 (6,6%)		

**Nhận xét:** Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P > 0,05) về ảnh hưởng của số lượng u, kích thước u, tiểu cầu và bilirubin toàn

phần (< 20 và ≥ 20 mmol/ml) đến tỉ lệ có biến chứng sau mổ. Thời gian mổ trên 240 phút và tuổi trên 60 làm tăng nguy cơ mắc các biến

chúng sau phẫu thuật cắt gan nhỏ. (sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân cắt gan nhỏ.** Có 129 BN được đưa vào NC với độ tuổi trung bình  $52,8 \pm 12,4$ , trẻ nhất là 11 tuổi, già nhất là 74 tuổi. Nhóm tuổi từ 51 – 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 35,66%. Triệu chứng lâm sàng HCC thường nghèo nàn, trong nghiên cứu dấu hiệu khiến người bệnh phải đi khám chủ yếu là đau bụng (46,5%), kém ăn (7,75%) và sút cân (13,18%), thường có biểu hiện khi bệnh ở giai đoạn muộn. Nồng độ AFP huyết thanh trung bình trong nghiên cứu:  $736,97 \pm 1612,7$  ng/ml, 33% BN có giá trị AFP > 200 ng/ml. Thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Bá Hùng (2018) cho thấy AFP tăng trong 40,9% [2].

Tất cả 129 bệnh nhân đều được chụp CT chẩn đoán, kích thước khối u trung bình là  $5,4 \pm 3,4$  cm (nhỏ nhất 1cm, lớn nhất 15cm). Hình ảnh điển hình của HCC trên CT đó là khối u tăng tỉ trọng so với nhu mô gan lành ở thì ĐM do bắt thuốc cản quang và giảm tỉ trọng so với nhu mô gan lành ở thì TM cửa do thải thuốc hay còn gọi là dấu hiệu "xả thuốc" Hai hình ảnh nói trên được gọi là dấu hiệu thải thuốc nhanh hay rửa thuốc (dấu hiệu washout) và là dấu hiệu điển hình của HCC. Dấu hiệu này được phát hiện trên 106 bệnh nhân của chúng tôi (82,1%).

Nạo vét hạch đối với HCC vẫn còn nhiều tranh cãi. Đối với HCC, đa số các tác giả không nạo vét hạch hoặc lấy hạch một cách thường quy mà chỉ thực hiện khi thấy hạch to và nghi ngờ có di căn về mặt đại thể [3]. Ercolani cho rằng có thể nạo vét hạch cuống gan và nhóm 8 an toàn đối với HCC và nên thực hiện một cách hệ thống đối với BN không xơ gan [4]. Trong nghiên cứu, vét hạch cuống gan và nhóm 8 được thực hiện cho 5 BN chiếm 3,8%, lấy hạch cuống gan và hoặc nhóm 8 đơn thuần cho 2 BN chiếm 1,6%. Trong trường hợp hạch cuống gan không to, khi lấy hạch cuống gan để đánh giá giải phẫu bệnh chúng tôi thường lấy nhóm hạch cuống gan bên bờ P cuống gan và đường mật.

Một trong những vấn đề khi lựa chọn giữa cắt gan nhỏ và cắt gan lớn đó là khoảng cách từ diện cắt đến bờ khối u. Đây là chỉ số thường được dùng để đánh giá hiệu quả và an toàn về mặt ung thư học khi thực hiện cắt gan điều trị HCC. Được xác định là khoảng cách ngắn nhất từ bờ khối u đến diện cắt gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đạt được diện cắt tốt  $\geq 1$  cm là 53,4%, 25,6% diện cắt sát u do phải bảo tồn

các nhánh mạch máu trong gan. Tuy nhiên chỉ có 1 trường hợp còn u diện cắt gan trên vi thể. Chau và cộng sự nhận thấy khoảng cách từ diện cắt đến u dưới 1cm là yếu nguy cơ tái phát u ở cùng phân thùy hoặc phân thùy gan kế cận [5]. Khi thực hiện cắt gan, cần cân bằng giữa mở rộng phạm vi cắt gan để đạt diện cắt xa bờ u vỡ thể tích phần gan còn lại để tránh biến chứng suy gan sau mổ.

**4.2. Kết quả sớm sau mổ cắt gan nhỏ và 1 số yếu tố ảnh hưởng.** NC chúng tôi thường rút dẫn lưu cuối cùng chỉ trước ngày dự kiến ra viện 1 – 2 ngày, thời gian dẫn lưu trung bình là  $6,9 \pm 3,7$ . Thời gian nằm viện trung bình là  $10,4 \pm 3,9$  ngày.

Phẫu thuật cắt gan vẫn luôn là thách thức đối với các phẫu thuật viên. Những nghiên cứu gần đây cho thấy mặc dù tỉ lệ tử vong sau mổ giảm, thường nhỏ hơn 5% thì tỉ lệ biến chứng sau mổ cắt gan vẫn còn cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 BN (0,78%) tử vong sau mổ do bệnh lý nền và suy hô hấp.

Tràn dịch màng phổi là biến chứng thường gặp sau cắt gan. Cơ chế của hiện tượng này là quá trình giải phóng gan và phẫu tích các dây chằng trong cắt gan gây ảnh hưởng đến tuần hoàn bạch huyết khu vực này. Biến chứng này gặp nhiều hơn trong cắt gan nhỏ ở 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. Trong NC của chúng tôi tỷ lệ tràn dịch màng phổi nhiều trên 30mm được phát hiện trên siêu âm là 51 BN chiếm 39,53%, nhưng trong đó chỉ có 6 BN có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng phải điều trị bằng chọc hút dịch màng phổi dưới siêu âm và 18 bệnh nhân điều trị nội khoa.

Suy gan là biến chứng nặng nhất của phẫu thuật cắt gan và thường gặp hơn cắt gan lớn. Biểu hiện của suy gan sau mổ bao gồm: vàng da, dịch cổ chướng nhiều, rối loạn đông máu và hôn mê gan. Có nhiều tiêu chuẩn được sử dụng để xác định suy gan sau mổ, chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn của Balzan -prothrombin < 50% và bilirubin >  $50\mu\text{mol}$  vào ngày thứ 5 sau mổ để xác định suy gan sau mổ [6]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có một bệnh nhân chiếm 0,78% suy gan do huyết khối tĩnh mạch mạc treo tràng trên vào ngày thứ 10 sau mổ, tuy nhiên đã được phát hiện và điều trị chống đông, sau đó chức năng gan dần hồi phục.

Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến biến chứng và tử vong sau mổ cắt gan. Các yếu tố đó có thể là tình trạng BN (tuổi cao, có bệnh tim mạch và hô hấp...), chức năng gan, đặc điểm tổn thương (vị trí, kích thước, số lượng) và đặc biệt là những yếu tố liên quan đến phẫu thuật (lượng máu mất, tại biến trong mổ, mức độ cắt gan...). Mặc dù mỗi yếu tố đều được nhìn nhận giúp tiên lượng kết quả sớm (tử vong và biến chứng) sau mổ cắt gan nhưng tác động của riêng mỗi yếu tố tới kết quả sớm sau mổ là không đủ mạnh. Do đó, một số tác giả đã xây dựng bảng tiên lượng gồm các yếu tố ảnh hưởng quan trọng, tuy nhiên khả năng tiên lượng chưa cao. Nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá đơn biến cho thấy tuổi dưới 60 và thời gian phẫu thuật dưới 240 phút là những yếu tố làm tăng tỉ lệ biến chứng sau mổ ( $p < 0,05$ ).

Có sự nhìn nhận khác nhau về yếu tố ảnh hưởng đến kết quả gần. Kamiyama cho rằng thời gian mổ  $> 360$  phút, máu mất  $> 400$ ml và albumin máu  $< 35$  g/l là những yếu tố dẫn đến biến chứng sau mổ cắt gan [7]. Đối với BN xơ gan, Capussotti cho rằng tuổi  $< 70$  tuổi, chức năng gan Child – Pugh B và C, truyền máu hoặc huyết tương, thời gian cặp toàn bộ cuống gan  $> 40$  phút và số lượng u  $> 2$  là những yếu tố dẫn đến biến chứng sau mổ cắt gan [8].

## V. KẾT LUẬN

Điều trị HCC bằng phẫu thuật cắt gan nhỏ trong giai đoạn hiện nay đạt kết quả tốt, đa phần biến chứng đều nhẹ và có thể kiểm soát được. Tỷ lệ tử vong thấp và phẫu thuật đã đem lại cơ hội tốt cho sự sống còn của bệnh nhân ung thư tế bào ga.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology*. Mar 2011;53(3):1020-2.
2. Đỗ Bá Hùng, Võ Văn Hùng, Nguyễn Cao Cường, et al. Kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan theo cuống bao glisson. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2018;22(2):205-210.
3. Lee CW, Chan KM, Lee CF, et al. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma with lymph node metastasis: clinicopathological analysis and survival outcome. *Asian journal of surgery / Asian Surgical Association*. Apr 2011;34(2):53-62.
4. Ercolani G, Grazi GL, Ravaioli M, et al. The role of lymphadenectomy for liver tumors: further considerations on the appropriateness of treatment strategy. *Ann Surg*. Feb 2004; 239(2):202-9.
5. Chau GY, Lui WY, Tsay SH, et al. Prognostic significance of surgical margin in hepatocellular carcinoma resection: an analysis of 165 Childs' A patients. *Journal of surgical oncology*. 1997; 66(2):122-126.
6. Balzan S, Belghiti J, Farges O, et al. The "50-50 criteria" on postoperative day 5: an accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy. *Ann Surg*. Dec 2005;242(6):824-8, discussion 828-9.
7. Kamiyama T, Nakanishi K, Yokoo H, et al. Perioperative management of hepatic resection toward zero mortality and morbidity: analysis of 793 consecutive cases in a single institution. *Journal of the American College of Surgeons*. Oct 2010;211(4):443-9.
8. Capussotti L, Muratore A, Amisano M, Polastri R, Bouzari H, Massucco P. Liver resection for hepatocellular carcinoma on cirrhosis: analysis of mortality, morbidity and survival--a European single center experience. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. Nov 2005;31(9):986-93.

# YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ CẢNH NHẬN UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN III ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CÔNG PHÁ U VÀ HOÁ TRỊ BỔ TRỢ TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thanh Đức<sup>1</sup>, Lữ Việt Thắng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2023

Ngày duyệt bài: 7.2.2023

**Mục tiêu:** Xác định các yếu tố tiên lượng sống còn và tiên lượng khả năng phẫu thuật tối ưu ban đầu trên các bệnh nhân UTBMBT giai đoạn III. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân UTBM buồng trứng giai đoạn III được phẫu thuật kết hợp với hoá trị bổ trợ Paclitaxel-Carboplatin tại Bệnh viện K từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2019. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật, biến số liên quan điều trị, tiến triển, tái phát, di căn và tử vong được ghi nhận. **Kết quả:** 105 bệnh nhân UTBMBT phù hợp tiêu chuẩn của nghiên cứu được phân tích với trung vị thời gian