

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rose PG, Bundy BN, Watkins EB, et al.** Concurrent Cisplatin-Based Radiotherapy and Chemotherapy for Locally Advanced Cervical Cancer. *New England Journal of Medicine*. 1999; 340(15):1144-1153. doi:10.1056/NEJM199904153401502
2. **Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-Analysis Collaboration.** Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 18 randomized trials. *J Clin Oncol*. 2008;26(35): 5802-5812. doi: 10.1200/JCO.2008.16.4368
3. **Whitney CW, Sause W, Bundy BN, et al.** Randomized comparison of fluorouracil plus cisplatin versus hydroxyurea as an adjunct to radiation therapy in stage IIB-IVA carcinoma of the cervix with negative para-aortic lymph nodes: a Gynecologic Oncology Group and Southwest Oncology Group study. *J Clin Oncol*. 1999;17(5): 1339-1348. doi: 10.1200/JCO.1999.17.5.1339
4. **Keys HM, Bundy BN, Stehman FB, et al.** Cisplatin, radiation, and adjuvant hysterectomy compared with radiation and adjuvant hysterectomy for bulky stage IB cervical carcinoma. *N Engl J Med*. 1999;340(15):1154-1161. doi:10.1056/NEJM199904153401503
5. **M M, Pj E, J L, et al.** Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. *The New England journal of medicine*. doi:10.1056/NEJM199904153401501
6. **Ryu SY, Lee WM, Kim K, et al.** Randomized clinical trial of weekly vs. triweekly cisplatin-based chemotherapy concurrent with radiotherapy in the treatment of locally advanced cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2011;81(4):e577-581. doi:10.1016/j.ijrobp.2011.05.002
7. **Mitsuhashi A, Uno T, Tanaka N, et al.** Phase I study of daily cisplatin and concurrent radiotherapy in patients with cervical carcinoma. *Gynecol Oncol*. 2005;96(1):194-197. doi: 10.1016/j.ygyno.2004.09.038
8. **Gargiulo P, Arenare L, Pisano C, et al.** Long-Term Toxicity and Quality of Life in Patients Treated for Locally Advanced Cervical Cancer. *Oncology*. 2016; 90(1): 29-35. doi:10.1159/000441226
9. **Souhami L, Seymour R, Roman TN, et al.** Weekly cisplatin plus external beam radiotherapy and high dose rate brachytherapy in patients with locally advanced carcinoma of the cervix. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1993;27(4):871-878. doi:10.1016/0360-3016(93)90462-5
10. **Ngô Thanh Tùng và cộng sự.** "Đánh giá kết quả điều trị hóa xạ trị đồng thời theo sau hóa chất cảm ứng trên nhóm bệnh nhân ung thư vòm giai đoạn III và IVA," Bệnh viện K, Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, 12/2021.

KẾT QUẢ GẦN PHẪU THUẬT CẮT GAN PHÂN THỪY SAU CÓ KIỂM SOÁT CUỐNG CHỌN LỌC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Phạm Thế Anh¹, Trịnh Huy Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả gần của phẫu thuật cắt gan phân thùy sau có kiểm soát cuống chọn lọc điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 33 bệnh nhân UTBMTBG được phẫu thuật cắt gan phân thùy sau có kiểm soát cuống chọn lọc tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nam:nữ: 10:1. Độ tuổi trung bình: 58.8 ± 10.9 tuổi. Có 78.8% bệnh nhân mắc viêm gan B; 65.6% bệnh nhân đánh giá nhu mô gan xơ trong mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình: 133 ± 6.04 phút. Không có trường hợp nào tai biến và truyền máu trong mổ. Không có suy gan sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình: 9.3 ± 5.2 ngày; thời gian trung tiện trung bình:

3.1 ± 0.35 ngày. Giải phẫu bệnh sau mổ: Carcinoma tế bào gan biệt hóa cao 12.1%, Carcinoma tế bào gan biệt hóa vừa 69.7%; Carcinoma tế bào gan kém biệt hóa 18.2%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan phân thùy sau có kiểm soát cuống chọn lọc trong điều trị UTBMTBG là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** Cắt gan phân thùy sau, kiểm soát cuống gan chọn lọc.

SUMMARY

SHORT – TERM OUTCOME OF RIGHT POSTERIOR SECTIONECTOMY BY THE GLISSONEAN PEDICLE APPROACH FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objectives: To evaluate the short-term outcomes of right posterior sectionectomy by the Glissonean pedicle approach for hepatocellular carcinoma (HCC) at K Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective description study of 33 patients undergoing right posterior sectionectomy by the Glissonean pedicle approach for HCC at the Department of Hepatobiliary and pancreatic Surgery - K Hospital from January 2022 to October 2022.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

Results: The male: female ratio was 10:1. The average age was 58.8 ± 10.9 years. Hepatitis B was related in 78.8%. Liver cirrhotic witnessing intraoperative was found in 65.6% of patients. The mean operation time was 133 ± 6.04 minutes. There were no cases of intraoperative complications and blood transfusion. There were no cases of postoperative liver failure. The average length of hospital stay was 9.3 ± 5.2 days; the mean time until gas passing was 3.1 ± 0.35 days. Postoperative pathology: Well – differentiated hepatocellular carcinoma 12.1%, moderately – differentiated hepatocellular carcinoma 69.7%; Poorly – differentiated hepatocellular carcinoma 18.2%.

Conclusion: Right posterior sectionectomy by the Glissonian pedicle approach in treatment of HCC is a feasible, safe, and effective method.

Keywords: Right posterior sectionectomy, Glissonian pedicle approach.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh lý ác tính nguyên phát của gan. Theo tổ chức nghiên cứu ung thư toàn cầu (GLOBOCAN) năm 2020, ở Việt Nam, UTBMTBG là ung thư phổ biến hàng đầu cả về số ca mới mắc (26418 ca) và tử vong (chiếm 20.6% tổng số các loại ung thư) [1]. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được áp dụng như: cắt gan, ghép gan, đốt nhiệt cao tần, tiêm cồn qua da, nút mạch... Tuy nhiên, cắt gan là phương pháp điều trị triệt căn cơ bản nhất. Có nhiều phương pháp cắt gan, trong đó phương pháp cắt gan kiểm soát cuống chọn lọc theo Takasaki có nhiều ưu việt. Mục tiêu nghiên cứu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTBMTBG và đánh giá kết quả gần của phẫu thuật cắt gan phân thùy sau có kiểm soát cuống chọn lọc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

33 bệnh nhân UTBMTBG được phẫu thuật cắt gan phân thùy sau có kiểm soát cuống chọn lọc tại bệnh viện K từ tháng 1.2022 đến tháng 10.2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

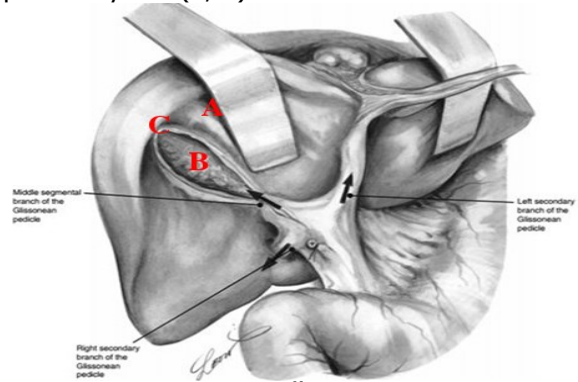
- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan phân thùy sau có kiểm soát cuống chọn lọc do UTBMTBG không có huyết khối tĩnh mạch cửa, không có di căn ngoài gan.
- Giải phẫu bệnh sau mổ: UTBMTBG.

Các bước phẫu thuật cắt gan phân thùy sau kiểm soát cuống chọn lọc theo phương pháp Takasaki:

Bước 1: Mở bụng đường chữ J.

Bước 2: Đánh giá tổng thể ổ bụng, hạch cuống gan, nhu mô gan còn lại. Cắt túi mật.

Bước 3: Kiểm soát chọn lọc cuống gan phải và phân thùy sau theo phương pháp Takasaki. Cuống gan phải và phân thùy sau được kiểm soát ngoài bao Glisson bằng cách tách nhẹ nhu mô gan khỏi cuống Glisson bằng kéo đầu tù rồi luồn lặc qua cuống gan phải (A, B) và cuống phân thùy sau (B, C).



Hình 1: Giải phẫu cuống Glisson

Bước 4: Giải phóng gan

Bước 5: Cắt nhu mô gan

Diện cắt gan sẽ nằm bên bờ phải tĩnh mạch gan phải. Trong quá trình cắt nhu mô gan có thể cặp cuống gan toàn bộ, theo nguyên tắc 15 phút cặp, 5 phút nghỉ.

Bước 6: Cầm máu diện cắt gan.

Khâu cầm máu nhu mô gan bằng chỉ prolene 4/0, 5/0.

Bước 7: Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm chung:

Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng; đặc điểm cận lâm sàng trước và sau mổ; kết quả phẫu thuật, biến chứng trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung. Độ tuổi trung bình: 58.8, bệnh nhân trẻ nhất: 37 tuổi, bệnh nhân lớn nhất: 85 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 10/1. Về yếu tố nguy cơ: 78.8% xét nghiệm HbsAg (+), 65.6% trường hợp xơ gan. Lý do vào viện chủ yếu: vô tình phát hiện u gan qua khám sức khỏe định kì (45.5%) (Bảng 1)

Bảng 1: Đặc điểm chung

Chỉ tiêu nghiên cứu		Kết quả
Đặc điểm tuổi, giới	Giới (nam/nữ)	10/1
	Tuổi	58.8 ± 10.9 (37-85)
Yếu tố nguy cơ (%)	HBV	78.8
	Xơ gan	65.6
	Nghiện rượu	39.4
Lý do vào viện (%)	Khám sức khỏe định kì	45.5
	Đau bụng hạ sườn phải	42.4

Khác (ngứa, buồn nôn, nôn...)	12.1
-------------------------------	------

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng (51.5%). 33.3% trường hợp AFP > 400, 42.5% trường hợp AFP < 20. 100% trường hợp xét nghiệm đánh giá chức năng gan Child – Pugh A. 57.5% trường hợp đủ tiêu chuẩn chẩn đoán. Số lượng tiểu cầu trung bình: 231.73 ± 89.42 (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ

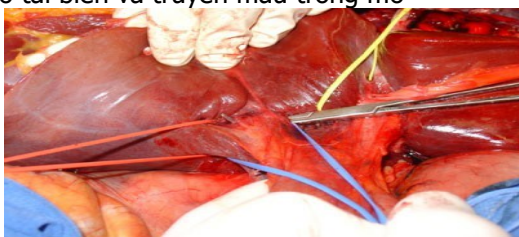
Chỉ tiêu nghiên cứu	Tỉ lệ (%)	
Triệu chứng cơ năng	Đau bụng	51.5
	Gầy sút cân	21.2
	Tự sờ thấy u	3
Nồng độ AFP	< 20	42.5
	Từ 20-400	24.2
	> 400	33.3
Chức năng gan	Child A	100
Tiêu chuẩn chẩn đoán	Đủ tiêu chuẩn	57.5
	Không đủ tiêu chuẩn	42.5

Kết quả phẫu thuật

- **Đánh giá trong mổ:** Có 14 trường hợp (42.4%) có tình trạng dịch tự do ổ bụng. Không có trường hợp nào phát hiện khối u xâm lấn tạng lân cận.

- **Các phương pháp cấp cuống gan:** Cấp cuống toàn bộ chiếm 72.7%. Thời gian cấp cuống trung bình: 22.6 ± 5.72 (15-35) phút. Thời gian phẫu thuật trung bình: 133.23 phút ± 33.6 (70-220) phút. Không có tai biến trong mổ.

- **Tai biến trong mổ:** Không có trường hợp nào tai biến và truyền máu trong mổ



Hình 2: Kiểm soát cuống phân thùy sau theo phương pháp Takasaki

Nguồn: BN Nguyễn Thị B., 62T, Số HS: 220385367

- Đặc điểm khối u trong phẫu thuật

Tỉ lệ u đơn độc chiếm đa số 97%. Kích thước khối u < 5cm: 63.6%. Có 2 trường hợp u vỡ (6.1%).

Bảng 3: Đặc điểm khối u trong phẫu thuật

Đặc điểm	Tỉ lệ (%)	
Số lượng (n)	1 u	97
	2 u	3
Kích thước (cm)	< 5 cm	63.6
	> 5 cm	36.4

Tình trạng khối u	U vỡ	6.1
	U chưa vỡ	93.9

- **Đánh giá sau mổ.** Không ghi nhận biến chứng sau mổ. Thời gian hậu phẫu trung bình: 9.33 ± 5.24 (4 – 25) ngày. Thời gian trung tiện trung bình: 3 ± 0.3 (2 – 4) ngày. Không có trường hợp tử vong trong 1 tháng sau mổ.

- **Giải phẫu bệnh.** Có 4 trường hợp (12.1%) là Carcinoma tế bào gan biệt hóa cao; 23 trường hợp (69.7%) là Carcinoma tế bào gan biệt hóa vừa; 6 trường hợp (18.2%) là Carcinoma tế bào gan kém biệt hóa.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung. Tuổi: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 58.8 tuổi, bệnh nhân trẻ nhất là 37 tuổi, bệnh nhân cao nhất là 85 tuổi. Theo các tác giả, tỷ lệ mắc ung thư gan tăng theo độ tuổi, thường gặp ở người lớn tuổi do thời gian nhiễm bệnh lâu ngày (viêm gan B, uống rượu) có nhiều nguy cơ dẫn đến xơ gan và là yếu tố thuận lợi để phát triển thành ung thư gan, trong nghiên cứu của Nishikawa độ tuổi trung bình là 67,7 tuổi [2-4]. Tuy nhiên, đây không phải yếu tố chống chỉ định phẫu thuật, nghiên cứu của Kim và cộng sự trên 279 bệnh nhân cho thấy không có mối liên hệ giữa tuổi và kết quả sau phẫu thuật [5]. Nghiên cứu của Shirabe cho rằng không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng và thời gian nằm viện giữa bệnh nhân < 80 tuổi và bệnh nhân > 80 tuổi [6]. Giới: Tỉ lệ nam/nữ: 10/1. Kết quả nghiên cứu của các tác giả như Yamashita (2007) cho kết quả nam/nữ: 5,28/1 và Tanaka. K là 7/1 [7]. Yếu tố nguy cơ: Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn yếu tố nguy cơ của Bộ y tế Việt Nam, trong đó đối tượng nguy cơ được chia thành 2 nhóm. Nhóm đối tượng nguy cơ cao gồm: nhiễm HBV/HCV mạn tính, xơ gan không liên quan đến nhiễm virus viêm gan. Nhóm đối tượng nguy cơ rất cao gồm: xơ gan liên quan đến viêm gan do virus. Nghiên cứu của chúng tôi có 78.8% bệnh nhân mắc viêm gan B, 65.5% bệnh nhân xơ gan. Trong số các bệnh nhân xơ gan, tất cả các bệnh nhân đều mắc viêm gan B, như vậy có 65.5% trường hợp có nguy cơ rất cao. Nhóm nguy cơ cao nên được tầm soát ung thư gan 6 tháng/lần, nhóm nguy cơ rất cao nên được tầm soát 3 tháng/ lần bằng siêu âm bụng, xét nghiệm AFP/ AFP – L3/ PIVKA – II. Nếu phát hiện tổn thương nghi ngờ UTBMTBG trên siêu âm và/hoặc tăng giá trị các chỉ dấu sinh học thì nên chụp CLVT ổ bụng có thuốc cản quang hoặc MRI ổ bụng có chất tương phản từ [8]. Lí do vào viện: Khám sức khỏe định kì phát hiện u gan và

đau bụng hạ sườn phải là 2 lý do chính vào viện. Kết quả này phù hợp trên lâm sàng với triệu chứng lâm sàng bệnh lý UTBMTBG thường nghèo nàn, bệnh biểu hiện khi ở giai đoạn muộn.

Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng (51.5%), không có triệu chứng thực thể khi nhập viện như thiếu máu, vàng da, gan to. Có 33.3% trường hợp AFP > 400 ng/ml. Trong nghiên cứu của Lê Văn Thành (2013) [9] qua 96 trường hợp cắt gan điều trị UTBMTBG cho thấy: Các triệu chứng như gan to: 24%, dấu hiệu thiếu máu: 4.2%. Nồng độ AFP cao hơn bình thường: 66.7%, trong đó AFP > 400ng/ml: 22.9%. Chúng tôi sử dụng thang điểm Child-Pugh để đánh giá chức năng gan trước phẫu thuật cùng với việc đo thể tích phần gan trái còn lại. Trong cắt gan, tỉ lệ tử vong sau mổ ở BN Child-A là 3,7% tăng lên 16,7% ở BN Child-B. Vì vậy đối với các trường hợp Child-A sẽ cho phép thực hiện phẫu thuật cắt gan lớn, Child-B thực hiện cắt gan nhỏ chọn lọc, Child-C chống chỉ định cắt gan. Tuy nhiên, nhược điểm của phân loại Child-Pugh là khó đánh giá những trường hợp chức năng gan của người bệnh ở mức độ ranh giới giữa A và B hoặc B và C [10]. Nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân đánh giá chức năng gan Child – Pugh A trước mổ.

Về đánh giá kết quả trong mổ. Đa số trường hợp có 1 u chiếm 97%, có 2 trường hợp u vỡ được đánh giá sau khi mở bụng chiếm 6.1%, có 63.6% trường hợp khối u > 5cm, kích thước u trung bình 5.24 cm. Nghiên cứu của nhóm tác giả Dagher.I, Belli.G, Fantini.C (Pháp, Italia) năm 2010 qua 163 trường hợp cắt gan điều trị UTBMTBG ở 3 trung tâm lớn của Châu Âu thấy rằng: Khối u có kích thước trung bình 3,6cm. Nghiên cứu của chúng tôi có kích thước u lớn hơn do nghiên cứu của tác giả được thực hiện tại trung tâm lớn ở Châu Âu, việc theo dõi thường xuyên và chẩn đoán bệnh ở giai đoạn đầu, vì vậy việc phát hiện ra khối u khi kích thước nhỏ là sớm hơn nghiên cứu của chúng tôi. Gần đây, một số tác giả cho rằng bệnh nhân bị UTBMTBG với kích thước u lớn không phải là chống chỉ định của cắt gan, nếu chức năng gan còn đảm bảo và khối u chưa xâm lấn mạch máu, cắt gan điều trị UTBMTBG kích thước lớn không những giúp bệnh nhân giảm đau, tránh biến chứng vỡ khối u, mà còn cải thiện đáng kể thời gian sống thêm. Nghiên cứu của Pawlik và Abdalla năm 2005 với 300 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan với khối u có kích thước > 10cm, tỷ lệ tử vong sau mổ là 5%. Tại thời điểm theo

đõi trung bình là 32 tháng, thời gian sống thêm trung bình là 20,3 tháng và tỷ lệ sống sót theo tính toán sau 5 năm là 27%. Một nghiên cứu đa trung tâm trên 1073 bệnh nhân của Timothy và Delman chỉ ra rằng, tỷ lệ xâm lấn vi mạch tăng theo kích thước khối u, cụ thể với khối u ≤ 3 cm là 25%; từ 3,1 đến 5 cm là 40%; từ 5,1 đến 6,5 cm là 55%; trên 6,5 cm là 63%. Trong số những bệnh nhân chỉ có khối u đơn độc, sự xâm lấn mạch máu vi thể phổ biến hơn đáng kể ở những khối u có kích thước từ 5,1 đến 6,5 cm là 41% so với 27% ở những khối u 5 cm hoặc nhỏ hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thời gian kẹp cuống trung bình là 22.6 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình 133.23 phút. Nghiên cứu của Jarnagin (2002)[15] trên 1803 bệnh nhân cắt gan (91% là UTBMTBG) từ năm 1991-2001 thấy rằng: Thời gian mổ trung bình 240 phút, thời gian kẹp cuống gan 28 phút. Nghiên cứu của Lê Văn Thành (2013) [9] qua 96 trường hợp cắt gan điều trị UTBMTBG cho kết quả thời gian mổ trung bình: 100.4 ± 37.2 phút.

Về đánh giá kết quả gần sau phẫu thuật

Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào biến chứng sau mổ...Thời gian hậu phẫu trung bình là 9.33 ± 5.24 (4 – 25) ngày. Thời gian trung tiện trung bình là 3 ± 0.3 (2 – 4) ngày. Không có trường hợp tử vong trong 1 tháng sau mổ. Nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (2001) tổng kết 124 trường hợp UTBMTBG 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. Nghiên cứu của Lê Văn Thành (2013) [9] biến chứng sau mổ: 23.2%, không có suy gan sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ: 11.2 ± 6.2 ngày. Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp suy gan sau mổ có thể giải thích do cắt gan phần thùy sau là phẫu thuật cắt gan nhỏ, thể tích phần gan/ thể tích toàn bộ và so với cân nặng đảm bảo đủ điều kiện, cũng như 100% bệnh nhân chức năng gan Child Pugh A trước mổ là yếu tố tiên lượng tốt.

Về kết quả giải phẫu bệnh, có 4 trường hợp (12.1%) là UTBMTBG độ 1; 23 trường hợp (69.7%) là UTBMTBG độ 2; 6 trường hợp (18.2%) là UTBMTBG độ 3. Năm 2007 Koichi Oishi thông báo NC gồm 354 trường hợp UTBMTBG được phẫu thuật và dựa vào mức độ biệt hóa của tế bào u trên giải phẫu bệnh, tỉ lệ sống thêm 2 năm, 5 năm và 10 năm sau mổ ở nhóm có tế bào biệt hóa thấp và cao lần lượt là 71%, 46%, 39% và 84%, 69%, 42% còn tỉ lệ này ở nhóm có tế bào biệt hóa vừa là 82%, 54% và 27%, sự khác biệt này không có ý nghĩa

thống kê. Tuy nhiên tỉ lệ tái phát 2 năm sau mổ và di căn xa có sự khác biệt rõ rệt và cao nhất ở nhóm có tế bào kém biệt hóa. Theo nghiên cứu của Tamura trên 952 bệnh nhân ghép gan, 7 yếu tố liên quan đến khối u ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của bệnh nhân: số lượng, kích thước, nhân vệt tinh, tình trạng xâm lấn mạch, di căn hạch cuống gan, độ mô học và giai đoạn pTNM. Tỷ lệ sống trên 3 năm ở những trường hợp UTBMTBG biệt hóa cao và vừa, kích thước u dưới 5cm là 81%, kích thước u trên 5cm là 62%. Tỷ lệ sống trên 1 năm ở những trường hợp UTBMTBG kém biệt hóa là 0%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan phân thùy sau có kiểm soát cuống chọn lọc trong điều trị UTBMTBG là phẫu thuật có tính khả thi, an toàn và cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN**, 2020.
2. **Ruzzenente, A., et al.**, Impact of age on short-term outcomes of liver surgery: Lessons learned in 10-years' experience in a tertiary referral

- hepato-pancreato-biliary center. Medicine (Baltimore), 2017. 96(20): p. e6955.
3. **Zoli, M., et al.**, Portal blood velocity and flow in aging man. Gerontology, 1989. 35(2-3): p. 61-5.
 4. **Wynne, H.A., et al.**, The effect of age upon liver volume and apparent liver blood flow in healthy man. Hepatology, 1989. 9(2): p. 297-301.
 5. **Kim, J.M., et al.**, Hepatectomy is a reasonable option for older patients with hepatocellular carcinoma. The American Journal of Surgery, 2015. 209(2): p. 391-397.
 6. **Shirabe, K., et al.**, Early outcome following hepatic resection in patients older than 80 years of age. World J Surg, 2009. 33(9): p. 1927-32.
 7. **Yamashita, Y., et al.**, Longterm favorable results of limited hepatic resections for patients with hepatocellular carcinoma: 20 years of experience. J Am Coll Surg, 2007. 205(1): p. 19-26.
 8. **tế, B.y.**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. 2020: p. 1-34.
 9. **Thành, L.V.**, Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. 2013: Luận án tiến sỹ y học, Học viện quân y, Hà Nội. 1-123.
 10. **Hsieh, C.B., et al.**, Prediction of the risk of hepatic failure in patients with portal vein invasion hepatoma after hepatic resection. Eur J Surg Oncol, 2006. 32(1): p. 72-6.

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN RAU CÀI RĂNG LƯỢC

Cù Chiến Thắng¹, Trần Danh Cường², Phạm Hải Hà¹,
Đỗ Thanh Huyền¹, Đỗ Lan Hương¹,
Nguyễn Thị Mai Hương¹, Vũ Thị Thanh Thủy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rau cài răng lược là một bệnh lý sản khoa gây chảy máu trầm trọng và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến cắt tử cung. Chẩn đoán và đánh giá độ xâm lấn của bánh rau giúp giảm biến chứng cho thai phụ. **Mục tiêu:** mức độ tương hợp giữa cộng hưởng từ (CHT) và phẫu thuật, giải phẫu bệnh trong chẩn đoán rau cài răng lược. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo hàng loạt ca bệnh hồi cứu. Mẫu là các thai phụ được chẩn đoán rau cài răng lược trên CHT, được phẫu thuật tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2021 đến 31/12/2021, có cách thức phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Cộng hưởng từ chẩn đoán đúng 50 trường hợp RCRL trong số 56 trường hợp của nghiên cứu (89%). CHT

chẩn đoán được 96,8% số trường hợp rau cài lớp cơ và 83,3% số trường hợp rau xuyên cơ tử cung.

Từ khóa: Rau cài răng lược, cộng hưởng từ, bệnh viện phụ sản trung ương.

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN GRAVID WOMEN FOR PLACENTA ACCRETA

Introduction: Placenta accreta is an obstetric condition associated with life-threatening hemorrhage, the main cause of postpartum hysterectomy. Its diagnosis and evaluation of degree of invasiveness can help to reduce maternal mortality and morbidity. **Objectives:** To review and describe the magnetic resonance imaging (MRI) features in gravid women with suspected placenta accreta and correlate these findings with surgery and pathology finding. **Materials and methods:** Series retrospective descriptive cases report. Gravid women diagnosed with placenta accreta on MRI, operated on at the National Obstetrics Hospital from January 1, 2021 to December 31, 2021, with surgery protocol and

¹Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cù Chiến Thắng

Email: cuchiaienthang.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023