

V. KẾT LUẬN

Viêm tiểu phế quản cấp vẫn là một bệnh lý cần được lưu ý trên thực hành lâm sàng, nhất là với xu hướng biến đổi tính chất của một số đặc điểm của bệnh sau dịch COVID-19 ghi nhận được như: tỉ lệ nhóm trẻ trên 6 tháng mắc VTPQC gia tăng; tỉ lệ trẻ VTPQC có nhiễm RSV giảm xuống gợi ý tới một hoặc một số loại bệnh nguyên khác đang có xu hướng gia tăng; xuất hiện các ca bệnh nặng cần chuyển tuyến điều trị và thời gian điều trị nội trú trung bình cũng có xu hướng bị kéo dài ra so với trước đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Florin, T.A., A.C. Plint, and J.J. Zorc, Viral bronchiolitis. *The Lancet*, 2017. 389(10065): p. 211-224.
2. Đinh Dương Tùng Anh và cs., Đặc điểm của viêm tiểu phế quản cấp có nhiễm RSV tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019-2020. *Tạp chí Y*

- học Việt Nam, 2021. 503(Tháng 6 - Số đặc biệt - Phần 2): p. 17-23.
3. Garg, I., R. Shekhar, and A.B. Sheikh, Impact of COVID-19 on the Changing Patterns of Respiratory Syncytial Virus Infections. 2022. 14(4): p. 558-568.
4. Bộ Y tế, Viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em, trong Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. 2015. p. 275-278.
5. Shamsizadeh, A., et al., Evaluation of the Most Common Viral Causes of Fever and Neutropenia in Children Hospitalized in Abuzar Children's Medical Center in Ahvaz, Iran. *Jundishapur J Microbiol*, 2023. 16(4): p. e135198.
6. Ralston, S.L., et al., Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*, 2014. 134(5): p. e1474-502.
7. Laura, P., J. Tiago, and N. Raffaella, The treatment of acute bronchiolitis: past, present and future. *Breathe*, 2017. 13(1): p. e24.
8. Leidy, N.K., et al., The impact of severe respiratory syncytial virus on the child, caregiver, and family during hospitalization and recovery. *Pediatrics*, 2005. 115(6): p. 1536-46.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NHIỄM VIÊM GAN VIRUS B, C TRÊN BỆNH NHÂN CẮT GAN DO HCC TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thế Anh¹, Trịnh Huy Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm nhiễm virus viêm gan B, C ở bệnh nhân phẫu thuật cắt gan do HCC tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 228 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do HCC (có chẩn đoán giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là HCC) bao gồm (47 ca cắt gan phân thùy trước, 33 ca cắt gan phân thùy sau, 38 ca cắt gan trung tâm và 110 ca cắt gan phải theo giải phẫu) tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K trong thời gian từ năm 2019 đến năm 2023. **Kết quả nghiên cứu:** Tỉ lệ nam:nữ: 9.4:1. Độ tuổi trung bình: 56.1. Các loại hình cắt gan bao gồm: 47 ca cắt gan phân thùy trước (20.6%), 33 ca cắt gan phân thùy sau (14.5%), 38 ca cắt gan trung tâm (16.7%) và 110 ca cắt gan phải (48.2%). Tiền sử viêm gan B, C: 105 ca (46.1%). Xét nghiệm HBsAg, HCV dương tính: 183 ca (182 ca nhiễm đơn độc và 1 ca đồng nhiễm viêm gan B, C) chiếm 80.3%. Tỉ lệ AFP < 20 ng/ml là 77 ca (33.8%), từ 20 – 400 ng/ml là 58 ca (25.4%) và trên 400ng/ml là 93 ca (40.8%); nhóm bệnh nhân viêm gan B, C và đồng nhiễm viêm gan B, C có 25.4% AFP trong giới hạn bình thường. **Kết**

luận: Viêm gan B, C là yếu tố nguy cơ cao ở bệnh nhân phẫu thuật HCC, chiếm tỉ lệ 80.3%. Tuy nhiên, tiền sử viêm gan B, C chỉ chiếm 46.1%, chứng tỏ việc tầm soát viêm gan còn hạn chế.

Từ khóa: Viêm gan virus B, C; HCC, cắt gan.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HEPATITIS B, C VIRUS INFECTION IN PATIENTS UNDERGOING LIVER RESECTION FOR HCC AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Describe some characteristics of hepatitis B and C virus infection in patients undergoing liver resection due to HCC at national cancer Hospital.

Research subjects and methods: A retrospective descriptive study on 228 patients undergoing surgery. Hepatectomy due to HCC (with post-operative pathological diagnosis of HCC) included (47 cases of right anterior sectionectomy, 33 cases of right posterior sectionectomy, 38 cases of central hepatectomy and 110 cases of right hepatectomy) at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery - K Hospital from 2019 to 2023. **Research results:** Male: female ratio: 9.4:1. Average age: 56.1. Types of hepatectomy included 47 anterior segment hepatectomies (20.6%), 33 posterior segment hepatectomies (14.5%), 38 central hepatectomies (16.7%), and 110 right hepatectomies (48.2%). History of hepatitis B and C: 105 cases (46.1%). Tests for HBsAg and HCV were positive: 183 cases (182 cases of single infection and 1 case of co-infection

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 5.01.2024

with hepatitis B and C), accounting for 80.3%. AFP rate < 20 ng/ml was 77 cases (33.8%), from 20 - 400 ng/ml was 58 cases (25.4%) and > 400 ng/ml was 93 cases (40.8%); The group of patients with hepatitis B, C and hepatitis B and C co-infection had 25.4% AFP within normal limits. **Conclusion:** Hepatitis B and C are high - risk factors in HCC surgery patients, accounting for 80.3%. However, the history of hepatitis B and C only accounts for 46.1%, proving that hepatitis screening is still limited.

Keywords: Hepatitis B, C; HCC, Liver resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là bệnh lý ác tính nguyên phát của gan. Theo tổ chức nghiên cứu ung thư toàn cầu (GLOBOCAN) năm 2020, ở Việt Nam, HCC 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]. Tỷ lệ mắc cao hơn ở nam so với nữ khoảng 2.4:1. Tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) đang gia tăng trên toàn thế giới, có tới 70 đến 90% bệnh nhân mắc HCC có tiền sử bệnh gan mạn tính và xơ gan. Các yếu tố nguy cơ chính dẫn đến sự phát triển bệnh xơ gan bao gồm nhiễm virus viêm gan B (HBV) mạn tính, virus viêm gan C (HCV), virus viêm gan Delta (HDV), viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH), uống nhiều rượu và tiếp xúc với aflatoxin B1, tiểu đường, béo phì. HBV, HCV lây truyền qua các con đường như đường tình dục, đường truyền máu, từ mẹ sang con [2], [3]. Phẫu thuật cắt gan hiện là phương pháp điều trị chính do tỷ lệ tử vong thấp, chỉ định phẫu thuật ngày càng được mở rộng và việc theo dõi sau điều trị được quan tâm nhiều hơn. Ngày càng có nhiều xét nghiệm miễn dịch huyết thanh và phân tử có độ đặc hiệu và độ nhạy cao, các xét nghiệm chẩn đoán cùng với sự hiểu biết sâu sắc hơn về virus, cấu trúc di truyền và vòng đời, kết hợp với việc sản xuất vaccine HBV, thuốc kháng HBV mới có khả năng điều trị rất hiệu quả ức chế sự nhân lên của virus. Cho đến nay, phạm vi tiêm chủng và các liệu pháp kháng virus là những biện pháp hiệu quả nhất, tránh những hậu quả lâu dài do virus gây ra. Tuy nhiên, có khoảng 300 triệu người sống chung với bệnh viêm gan B mạn tính và 75 triệu người bị nhiễm viêm gan C mạn tính trên toàn thế giới. Vì vậy, Tổ chức Y tế Thế giới đặt mục tiêu loại trừ bệnh viêm gan siêu vi đến năm 2030, hy vọng có tác động đáng kể đến việc ngăn ngừa ung thư biểu mô tế bào gan [4].

Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HCC của Việt Nam, khi có một trong ba tiêu chuẩn sau: Hình ảnh điển hình của HCC trên CT bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ

+ AFP \geq 400 ng/ml; Hình ảnh điển hình của HCC trên CT bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ + AFP tăng cao hơn bình thường (nhưng chưa đến 400 ng/ml) + có nhiễm HBV và/hoặc HCV; giải phẫu bệnh lý là HCC thì bệnh nhân được chẩn đoán HCC [5].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

228 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do HCC (giải phẫu bệnh sau mổ là HCC) bao gồm (47 ca cắt gan phân thùy trước, 33 ca cắt gan phân thùy sau, 38 ca cắt gan trung tâm và 110 ca cắt gan phải theo giải phẫu) tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K trong thời gian từ năm 2019 đến năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do HCC không có huyết khối tĩnh mạch cửa, không có di căn ngoài gan.
- Giải phẫu bệnh mô: HCC.
- Có bệnh án ghi chép đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

228 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do HCC tại bệnh viện K cho kết quả như sau:

Bảng 1: Các chỉ tiêu chung

Chỉ số nghiên cứu		Kết quả	
Tuổi		56.09 \pm 12.11 (19–85)	
Chỉ số nghiên cứu		Tần số	Tỉ lệ
Giới tính	Nam	206	90.4
	Nữ	22	9.6
Tiền sử	HBV	98	43
	HCV	7	3.1
	Nghiên rượu	96	42.1
Xét nghiệm HBsAg	Dương tính	177	77.6
	Âm tính	51	22.4
Xét nghiệm HCVAb	Dương tính	7	3.1
	Âm tính	221	96.9

Nhận xét: Tuổi trung bình: 56.09. Tỉ lệ nam:nữ là 9.4:1, có 105 ca có tiền sử viêm gan B, C chiếm 46.1%, trong khi đó có tới 183 ca (182 ca nhiễm viêm gan B, C và 1 ca đồng nhiễm cả viêm gan B, C) chiếm 80.3%.

Bảng 2: Chỉ số AFP

Chỉ số nghiên cứu		Kết quả	
AFP		130.50 \pm 4629.60(1.54–42869)	
		Tần số	Tỉ lệ
<20		77	33.8
20-400		58	25.4
>400		93	40.8

Nhận xét: Chỉ số AFP trung vị là 130.50 \pm 4629.60. Có 33.8% AFP trong giới hạn bình thường và 66.2% tăng AFP.

Bảng 3: Chỉ số AFP ở nhóm bệnh nhân viêm gan B, C và đồng nhiễm viêm gan B, C

Viêm gan B, C AFP	Tần số (n=183)	Tỉ lệ (%)
<20	58	31.7
20-400	44	24
>400	81	44.3
Kết quả (n=183)		
AFP	221.75±5094.10(1.54-42869)	

Nhận xét: Có 31.7% AFP trong giới hạn bình thường trong nhóm bệnh nhân mắc viêm gan B, C (tương đương 25.4% trong toàn bộ nhóm nghiên cứu 58/228 ca). Chỉ số AFP trung vi trong nhóm mắc viêm gan B, C là 221.75 ± 5094.10.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 56.09 tuổi, trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 19 tuổi, bệnh nhân cao nhất là 85 tuổi. Một số nghiên cứu cho thấy sự suy giảm thể tích gan, lưu lượng máu của tĩnh mạch cửa và khả năng tái tạo gan sau phẫu thuật ở bệnh nhân cao tuổi là một trong các yếu tố nguy cơ sau phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu cho thấy 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 [6].

Theo Hướng dẫn của Bộ Y tế, 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. 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. Nếu phát hiện tổn thương nghi ngờ HCC trên siêu âm và/hoặc tăng giá trị

các chỉ dấu sinh học thì nên chụp CT ổ bụng có thuốc cản quang hoặc MRI ổ bụng có chất tương phản từ [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 77.6% trường hợp mắc viêm gan B, 3.1% trường hợp mắc viêm gan C, có 1 trường hợp đồng nhiễm viêm gan B, C (0.4%). Trong khi có tiền sử viêm gan B, C chỉ có 46.1% (bảng 1), điều đó chứng tỏ có rất nhiều bệnh nhân mắc viêm gan B, C không phát hiện được trước khi vào viện, đồng nghĩa với việc không kiểm soát điều trị viêm gan B, C, từ đó dẫn đến mắc ung thư gan. Do vậy, ngoài việc tầm soát bệnh nhân ung thư gan trên các nhóm nguy cơ cao như nghiện rượu, xơ gan,...thì điều hết sức quan trọng là cho bệnh nhân xét nghiệm xem đã nhiễm viêm gan B, C chưa, để từ đó có chiến lược tầm soát và điều trị sớm.

Nghiên cứu này có 33.8% AFP trong giới hạn bình thường và 66.2% AFP tăng (bảng 2), tuy nhiên có tới 31.7% AFP trong giới hạn bình thường trong nhóm bệnh nhân viêm gan B (tương đương 25.4% trong toàn bộ nhóm nghiên cứu 58/228 ca). Trên thực tế có nhiều bệnh nhân, thậm chí nhân viên y tế đã dựa vào chỉ số AFP để tầm soát và chẩn đoán ung thư gan, vì vậy có những bệnh nhân hình ảnh trên phim CT, MRI điển hình, kèm theo có mắc viêm gan B, C nhưng vì AFP bình thường nên tự theo dõi, dẫn đến sau một thời gian khối u phát triển lan tràn, xâm lấn tĩnh mạch cửa,...không còn chỉ định phẫu thuật. Vì vậy, nồng độ AFP trong huyết thanh không có giá trị đặc hiệu trong chẩn đoán HCC, vì AFP cũng có thể tăng trong những trường hợp khác: ung thư biểu mô đường mật trong gan, xơ gan, viêm gan mạn và viêm gan cấp... mặc dù vậy, AFP có giá trị tiên lượng và đánh giá kết quả điều trị cũng như theo dõi tái phát ở nhóm bệnh nhân tăng AFP trước phẫu thuật.

Bảng 4: Mối liên quan giữa giải phẫu bệnh lâm sàng và tỷ lệ tái phát

	Number of Patients	3-Year Recurrence Rate	5-Year Recurrence Rate	P Value
HBsAg positive	32 (14.3%)	16%	77%	NS
HBsAg negative	192 (85.7%)	37%	51%	
HCV positive	129 (57.6%)	45%	59%	NS
HCV negative	36 (16.1%)	14%	48%	
Alpha-fetoprotein S20 ng/mL	110 (49%)	27%	45%	NS
Alpha-fetoprotein >20 ng/mL	114 (51%)	44%	61%	
Child A	185 (82.6%)	36%	59%	NS
Child B + C	39 (17.4%)	30%	36%	
Single nodule	200 (89.1%)	32%	52%	<.01
Multiple nodule	24 (10.9%)	67%	100%	

Tumor diameter ≤5 cm	181 (81%)	33%	56%	NS
Tumor diameter >5 cm	43 (19%)	39%	39%	
Intraop. blood transfusion	71 (31.7%)	42%	58%	NS
No intraop. blood transfusion	153 (68.3%)	31%	52%	
Presence of tumor capsule	81 (36%)	20%	50%	<.05
Absence of tumor capsule	143 (64%)	43%	60%	
Microvascular portal invasion	105 (46.9%)	44%	61%	<.05
No microvascular portal invasion	119 (53.1%)	24%	50%	
Preop. TACE	98 (43.8%)	37.4%	60.5%	NS
No preop. TACE	126 (56.2%)	36.7%	56.7%	
Wedge resection	67 (29.9%)	33.1%	53.2%	NS
Segmentectomy (1–2 segments)	135 (60.3%)	35%	55.2%	
Hepatectomy (>2 segments)	22 (9.8%)	33.4%	56.3%	
AST ≤80 U/L	157 (70.1%)	24%	46%	<.001
AST >80 U/L	67 (29.9%)	60%	74%	
ALT ≤80 U/L	131 (58.5%)	26%	50%	NS
ALT >80 U/L	93 (41.5%)	46%	61%	
TACE, transarterial chemoembolization.				

Nguồn: Giorgio Ercolani, Gian Luca Graz [7].

Nghiên cứu của Giorgio Ercolani (2003) trên 224 bệnh nhân cắt gan do HCC, tỷ lệ tái phát sau 3 năm ở những bệnh nhân viêm gan B là 16%, thấp hơn nhóm không viêm gan B là 37% và ở thời điểm sau 5 năm lần lượt là 77% và 51%. Trong khi ở nhóm nhiễm viêm gan C, tỷ lệ tái phát sau 3 năm ở những bệnh nhân viêm gan C là 45%, cao hơn nhóm không viêm gan C là 14% và ở thời điểm sau 5 năm lần lượt là 59% và 48% [7]. Chúng ta có thể thấy, virus viêm gan chỉ là một trong các yếu tố nguy cơ của tái phát ung thư gan, có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng khác như kích thước u, số lượng u, nhân vệt tinh, xâm nhập mạch, huyết khối tĩnh mạch cửa, xơ gan. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ ung thư gan ở bệnh nhân được phẫu thuật chiếm trên 80% mắc viêm gan B, C, cần nghiên cứu thêm các yếu tố ảnh hưởng khác đến tái

phát sau phẫu thuật.

Nguy cơ mắc ung thư biểu mô tế bào gan ở người nhiễm HBV bị ảnh hưởng bởi các yếu tố liên quan đến virus, vật chủ, chế độ ăn uống và lối sống. Đáng lưu ý trong số bệnh nhân HCC liên quan đến HBV, xơ gan không xuất hiện ở một phần ba số bệnh nhân. Điều này trái ngược với các bệnh lý gan do nguyên nhân khác, trong đó xơ gan là nguyên nhân gây bệnh gan với mô bệnh học chiếm đa số (80%). Đồng nhiễm với các virus đặc hiệu ở gan khác đã được ghi nhận làm tăng nguy cơ mắc ung thư biểu mô tế bào gan: virus viêm gan C mãn tính (HCV) và virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV). Viêm gan D virus (HDV) hay viêm gan Delta là loại virus chỉ tồn tại trong bối cảnh nhiễm HBV là một bệnh nhiễm trùng đồng thời vì nó phụ thuộc vào HBV để lây lan [8].

Bảng 5: Mối liên quan giữa giải phẫu bệnh lâm sàng và thời gian sống thêm không bệnh

	Number of Patients	3-Year Disease-Free Survival	5-Year Disease-Free Survival
HBsAg positive	32 (14.3%)	54%	11%
HBsAg negative	192 (85.7%)	53%	33%
HCV positive	129 (57.6%)	45%	24%
HCV negative	36 (16.1%)	75%	35%
Alpha-fetoprotein ≤20 ng/mL	110 (49%)	59%	37%
Alpha-fetoprotein >20 ng/mL	114 (51%)	48%	23%
Child A	185 (82.6%)	54%	28%
Child B + C	39 (17.4%)	49%	28%
Single nodule	200 (89.1%)	56%	31%
Multiple nodule	24 (10.9%)	18%	0%
Tumor diameter ≤5 cm	181 (81%)	58%	30%
Tumor diameter >5 cm	43 (19%)	41%	26%
Intraop. blood transfusion	71 (31.7%)	40%	26%

No intraop. blood transfusion	153 (68.3%)	59%	30%
Presence of tumor capsule	81 (36%)	70%	32%
Absence of tumor capsule	143 (64%)	43%	25%
Microvascular portal invasion	105 (46.9%)	46%	20%
No microvascular portal invasion	119 (53.1%)	61%	35%
Preop. TACE	98 (43.8%)	54%	25%
No preop. TACE	126 (56.2%)	49.4%	28.5%
Wedge resection	67 (29.9%)	51.6%	27.3%
Segmentectomy (1–2 segments)	135 (60.3%)	53.5%	29%
Hepatectomy (>2 segments)	22 (9.8%)	46.2%	30.8%
AST S80 U/L	157 (70.1%)	62%	35%
AST >80 U/L	67 (29.9%)	33%	13%
ALT S80 U/L	131 (58.5%)	59%	34%
ALT >80 U/L	93 (41.5%)	45%	22%
TACE, transarterial chemoembolization.			

Nguồn: Giorgio Ercolani, Gian Luca Graz [7].

Nghiên cứu của Giorgio Ercolani (2003) trên 224 bệnh nhân cắt gan do HCC, thời gian sống thêm không bệnh sau 3 năm ở những bệnh nhân viêm gan B là 54%, tương tự nhóm không viêm gan B là 53% và ở thời điểm sau 5 năm lần lượt là 11% và 33%. Trong khi ở nhóm nhiễm viêm gan C, tỷ lệ thời gian sống thêm không bệnh ở những bệnh nhân viêm gan C là 45%, thấp hơn nhóm không viêm gan C là 75% và ở thời điểm sau 5 năm lần lượt là 24% và 35%. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh tăng lên đáng kể ở những bệnh nhân đơn u, khối u có vỏ rõ, không có thâm nhiễm tĩnh mạch cửa và nồng độ aminotransferase thấp [7]. Hầu hết các ca cắt gan do HCC đa ổ được thực hiện trong thời gian đầu khi bắt đầu phẫu thuật, các tác giả quan điểm điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân Child A và có một khối u. Trong nghiên cứu của tác giả, không có trường hợp nào sống thêm sau 4 năm trong số những bệnh nhân có nhiều hơn một tổn thương khi phẫu thuật. Do đó, bệnh nhân có HCC đa ổ nên lựa chọn các phương pháp điều trị khác ngoài phẫu thuật, như tiêm ethanol, thuyên tắc động mạch hoặc ghép gan.

Theo Hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam 2020, đối với khối u bất kể kích thước mà có thể cắt được (phần gan có khối u dự kiến cắt bỏ được, thể tích gan dự kiến còn lại phù hợp bệnh nhân), không có di căn (hoặc có di căn ngoài gan có thể lấy được), PS 0-1, chức năng gan Child-Pugh A-B7, không có huyết khối tĩnh mạch cửa (hoặc có huyết khối tĩnh mạch cửa cùng bên với u) thì có thể phẫu thuật cắt gan. Các trường hợp phẫu thuật của chúng tôi đều đảm bảo tầm soát phần gan còn lại, các tổn thương ngoài gan, cũng như

thể tích gan giữ lại (các trường hợp cắt gan phải, cắt gan trung tâm).

V. KẾT LUẬN

Viêm gan B, C là yếu tố nguy cơ cao ở bệnh nhân phẫu thuật HCC (80.3%), tuy nhiên, tiền sử viêm gan B, C chỉ chiếm 46.1%, chứng tỏ việc tầm soát viêm gan còn hạn chế. Việc xét nghiệm sàng lọc người nhiễm viêm gan B, C là hết sức cần thiết. Những người nhiễm viêm gan B, C cần theo dõi chặt chẽ và tuân thủ điều trị thuốc kháng virus. Việc chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan cần dựa vào hình ảnh học, xét nghiệm AFP trong nhiều trường hợp không thể dùng để chẩn đoán. Chỉ định phẫu thuật cần đảm bảo tầm soát các tổn thương trong và ngoài gan, cũng như thể tích gan trong các trường hợp cắt gan lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN**, 2020.
2. **Liu, L.**, Clinical features of hepatocellular carcinoma with hepatitis B virus among patients on Nucleos(t) ide analog therapy.
3. **Rizzo, G.E.M.**, Hepatitis B Virus-Associated Hepatocellular Carcinoma.
4. **Chau, G.-Y.**, Resection of hepatitis B virus-related hepatocellular carcinoma: Evolving strategies and emerging therapies to improve outcome.
5. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. 2020.
6. **Rungsakulkij, N.**, Prognostic factors in patients with HBV-related hepatocellular carcinoma following hepatic resection.
7. **Giorgio Ercolani, M.**, * Gian Luca Graz, Liver Resection for Hepatocellular Carcinoma on Cirrhosis.
8. **Philippe J. Zamor, A.S.d., Mark W. Russo**, Viral hepatitis and hepatocellular carcinoma: etiology and management.