

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT CẮT GAN LỚN THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Phạm Thế Anh<sup>1</sup>, Trương Mạnh Cường<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan lớn theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan lớn theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K từ tháng 04/2018 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Phẫu thuật đã được thực hiện cho 207 bệnh nhân (BN). Tuổi trung bình:  $55,5 \pm 12,6$  tuổi; 87,8% BN là nam giới; tỷ lệ mắc viêm gan B: 81,3%. Chỉ số AFP trung bình:  $1575,4 \pm 4869,6$  ng/ml. Huyết khối tĩnh mạch cửa gặp ở 24 BN (11,6%). Kích thước khối u trung bình trên CLVT:  $9,4 \pm 4$  cm. Cắt gan phải là chủ yếu, chiếm 53,7%. Đa số các trường hợp được kiểm soát cuống theo phương pháp Takasaki (92,1%). Thời gian phẫu thuật trung bình:  $131,6 \pm 35,4$  phút, không có BN nào truyền máu trong mổ. Thời gian nằm viện trung bình:  $10,1 \pm 6,5$  ngày. Biến chứng gặp ở 41 (20%) BN bao gồm: cổ trướng (18,5%), suy gan (2,5%), tràn dịch màng phổi (1%), nhiễm khuẩn vết mổ (1%). Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien: I (17,1%), II (2,4%), IIIa (0,5%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan lớn theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** cắt gan lớn, cắt gan giải phẫu, ung thư biểu mô tế bào gan.

## SUMMARY

### SHORT-TERM OUTCOMES OF ANATOMICAL MAJOR HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

**Objective:** To evaluate the short-term outcomes of anatomical major hepatectomy for hepatocellular carcinoma. **Subject and method:** This was a retrospective descriptive study of the cases who underwent anatomical major hepatectomy for hepatocellular carcinoma at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, K Hospital from April 2018 to October 2023. **Result:** Elective surgery was performed for 207 patients. The average age was  $55,5 \pm 12,6$  years; 87,8% of patients were male; hepatitis B related: 81,3%. The mean AFP was  $1575,4 \pm 4869,6$  ng/ml. Portal vein thrombosis was seen in 24 patients (11,6%). The mean tumor size in the CT scan was  $9,4 \pm 4$  cm. Right hepatectomy has the majority (53,7%). Takasaki's method was the majority of extrahepatic Glissonian pedicle isolation (92,1%).

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 18.3.2024

The mean operation time was  $131,6 \pm 35,4$  min. There was no intraoperative blood transfusion. The average length of hospital stay was  $10,1 \pm 6,5$  days. Postoperative complications that occurred in 41 patients (20%) including ascites (18,5%), liver failure (2,5%), pleural effusion (1%) and surgical site infection (1%). The classification of complications according to Clavien was: I (17,1%), II (2,4%) and IIIa (0,5%). There was no perioperative mortality. **Conclusion:** Anatomical major hepatectomy for hepatocellular carcinoma is a feasible, safe, and effective method. **Keywords:** major hepatectomy, anatomical liver resection, hepatocellular carcinoma.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh lý thường gặp, theo GLOBOCAN (2020), có tới 905.667 trường hợp mới mắc trong năm 2020, là nguyên nhân gây tử vong cho 830.180 bệnh nhân, đứng thứ 2 trong các loại ung thư. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất liên quan chặt chẽ tới tình trạng nhiễm virus viêm gan B [1]. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị UTBMTBG: tiêm cồn, nút mạch hóa chất, đốt nhiệt cao tần, tắc mạch với hạt vi cầu tải hóa chất, tắc mạch xạ trị, ghép gan... Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả nhất.

Cắt gan trong điều trị UTBMTBG đã được nhiều tác giả trên thế giới thực hiện và cải tiến với nhiều phương pháp khác nhau, như: Langenbuch (1988), Tôn Thất Tùng (1939), Lortat Jacob (1952), Bismuth (1982), Takasaki (1986),...

Cắt gan lớn là cắt gan từ 3 hạ phân thùy trở lên, được nhiều tác giả xem là cắt gan khó vì phải đối diện với nhiều vấn đề trong khi mổ như mất máu, thời gian mổ kéo dài, suy gan do cắt bỏ quá nhiều nhu mô hoặc tổn thương cuống gan của phần gan để lại [2].

Tại Việt Nam, cắt gan lớn điều trị UTBMTBG cũng được đề cập đến trong một số nghiên cứu tại các trung tâm ngoại khoa lớn như: bệnh viện Việt Đức, bệnh viện TWQĐ 108, bệnh viện Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Chợ Rẫy...

Tại Bệnh viện K, phẫu thuật cắt gan lớn được thực hiện thường quy trong điều trị UTBMTBG. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan lớn theo giải phẫu điều trị UTBMTBG.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các trường hợp đã được phẫu thuật cắt gan lớn theo giải phẫu điều trị UTBMTBG từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 10 năm 2023 tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan lớn theo giải phẫu điều trị HCC
- Không có huyết khối tĩnh mạch cửa thân chung, không có di căn ngoài gan, không có tổn thương ở phần gan còn lại được phát hiện trước mổ
- Chức năng gan: Child-Pugh A
- Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tế bào gan

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

**2.2. Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu

### **2.3. Đánh giá trước phẫu thuật**

Khám lâm sàng, xét nghiệm: sinh hóa toàn bộ, công thức máu, Prothrombin, HbsAg, AFP, soi dạ dày, siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và/hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

**2.4. Kỹ thuật.** Tư thế bệnh nhân và phẫu thuật viên:

Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân khép, 2 tay dạng vuông góc, phẫu thuật viên đứng bên phải, người phụ mổ 1 đứng bên trái, người phụ mổ 2 đứng cùng bên phẫu thuật viên.

### **Các thì phẫu thuật:**

**Bước 1: Đường mở bụng.** Mở bụng theo đường chữ J (cho các trường hợp u kích thước lớn) hoặc đường trắng giữa trên rốn (cho các khối u gan trái).

**Bước 2: Kiểm tra ổ bụng.** Kiểm tra đánh giá ổ bụng, hạch cuống gan, gan, tổn thương đại thể khối u (kích thước, vị trí, số lượng). Mở mạc nối nhỏ để kiểm tra thùy đuôi và quan sát nhóm hạch tạng. Đưa các ngón tay qua khe Winslow để khảo sát tĩnh mạch cửa và nhóm hạch cuống gan, các hạch nghi ngờ sẽ được lấy và gửi làm sinh thiết tức thì.

**Bước 3: Giải phóng gan.** Cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác, dây chằng vành, dây chằng gan tá tràng. Giải phóng gan ra khỏi mặt trước tĩnh mạch chủ dưới, thắt các nhánh tĩnh mạch gan phụ. Trong trường hợp khối u dính vào cơ hoành, có thể cắt một phần cơ hoành sau đó tái tạo lại cơ hoành.

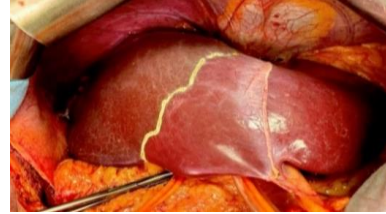
**Bước 4: Kiểm soát cuống Glisson**

- Cắt túi mật.
- Phẫu tích vào cuống gan, kiểm soát cuống Glisson ngoài gan: kiểm soát cuống toàn bộ theo Takasaki hoặc kiểm soát riêng từng thành phần trong bao Glisson theo Lortat-Jacob nếu có huyết khối tĩnh mạch cửa phải hoặc trái.

- Đặt garo chờ ở cuống gan.

Bước 5: Cắt gan

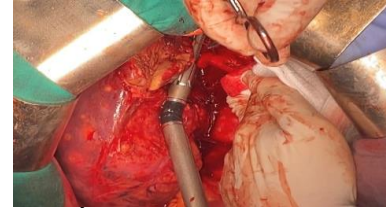
- Cặp cuống Glisson, với trường hợp có huyết khối tĩnh mạch cửa nhánh phải hoặc trái thì phẫu tích riêng từng thành phần trong cuống Glisson. Thấy rõ đường ranh giới giữa vùng gan thiếu máu nuôi dưỡng (sẫm màu) và gan bình thường. Đánh dấu diện cắt gan (hình 2.1).



**Hình 2.1.** Đường ranh giới giữa gan phải và gan trái - Nguồn: BN Nguyễn Trung K. 47T, số BA: 220361233

- Cắt nhu mô gan bằng Kelly kết hợp dao siêu âm. Trong quá trình cắt nhu mô gan có thể cặp cuống gan toàn bộ ngắt quãng, thời gian cặp mỗi lần không quá 15 phút, giữa các lần cặp nghỉ 5 phút.

- Cặp và cắt cuống Glisson (có thể dùng Stapler) hoặc cặp, cắt riêng từng thành phần trong cuống Glisson.



**Hình 2.2.** Cắt cuống Glisson phải bằng kẹp mạch máu

Nguồn: BN Vu Xuan H. 61T, số BA: 213062825

- Tĩnh mạch gan, các nhánh bên lớn của tĩnh mạch gan được khâu (có thể dùng Stapler).

- Cầm máu diện cắt gan bằng khâu cầm máu, đốt điện đơn cực hoặc bằng Bipolar.

- Che phủ diện cắt bằng vật liệu cầm máu.

Bước 6: Lau rửa ổ bụng, đặt 02 dẫn lưu tại diện cắt gan, đóng bụng theo lớp giải phẫu. Mẫu bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh ngay sau phẫu thuật.



**Hình 2.3.** Bệnh phẩm sau mổ

Nguồn: BN Dang Van P. 60T, số BA: 213060638

### **2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu.** Tuổi, giới, triệu

chứng lâm sàng, nồng độ AFP, tỷ lệ mắc virus viêm gan B, viêm gan C, kích thước u gan trên cắt lớp vi tính. Trong mổ: loại cắt gan lớn, thời gian cắt nhu mô gan, thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất, tỷ lệ bệnh nhân truyền máu.

Kết quả sớm: tỷ lệ prothrombin, sinh hóa máu (GOT, GPT, Albumin, Bilirubin toàn phần) ở ngày 1, ngày 3, ngày 5 sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, mức độ biến chứng được phân loại theo Clavien-Dindo. Thời gian nằm viện.

**2.6. Xử lý số liệu.** Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test thống kê (t-test, chi-square, pearson) để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 04 năm 2018 đến tháng 10 năm 2023 đã có 207 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan lớn theo giải phẫu điều trị UTBMTBG tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K.

#### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

**Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm		
Tuổi trung bình (tuổi)		55,5±12,6
Giới (n, %)	Nam	180 (87,8)
	Nữ	25 (12,2)
Phát hiện tình cờ (n, %)		103 (50,2)
Đau bụng hạ sườn phải (n, %)		82 (40)
HBsAg (+) (n, %)		165 (81,3)
HCVAb (+) (n, %)		10 (4,9)
AFP trung bình (ng/ml)		1575,4 ± 4869,6
Huyết khối tĩnh mạch cửa (n, %)		24 (11,6)
Kích thước trung bình u trên CLVT (cm)		9,4 ± 4,0

**Nhận xét:** Thống kê bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu: 55,5 ± 12,6 tuổi, nam chiếm đa số (87,8%). Lý do vào viện thường gặp nhất là tình cờ phát hiện u (50,2%); viêm gan B: 81,3%, viêm gan C: 4,9%; AFP trung bình: 1575,4 ± 4869,6 ng/ml; huyết khối tĩnh mạch cửa (11,6%); kích thước trung bình u trên CLVT: 9,4 ± 4,0cm.

#### 3.2. Kết quả phẫu thuật

##### 3.2.1. Loại cắt gan

**Bảng 3.2. Loại cắt gan**

Loại cắt gan		
Gan phải (n, %)		110 (53,1)
Gan trái (n, %)		57 (27,5)
Cắt gan trung tâm (4-5-8) (n, %)		38 (18,4)
Gan phải mở rộng (4-5-6-7-8) (n, %)		2 (1,0)

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy: Cắt gan phải là chủ yếu, chiếm 53,1%.

##### 3.2.2. Kết quả trong mổ

**Bảng 3.3. Kết quả trong mổ**

Đặc điểm		
Phương pháp kiểm soát cuống (n, %)	Takasaki	191 (92,3)
	Lortat-Jacob	16 (7,7)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		131,6±35,4
Số BN phải truyền máu (n,%)		0

**Nhận xét:** Bảng 3.3 cho thấy đa số bệnh nhân được kiểm soát cuống Glisson phải theo Takasaki (92,3%). Thời gian phẫu thuật trung bình: 131,6 ± 35,4 phút. Không có bệnh nhân nào truyền máu trong mổ.

##### 3.2.3. Kết quả sớm sau mổ

###### a. Biến chứng

**Bảng 3.4. Biến chứng sau mổ**

Biến chứng		
Cổ trướng (n, %)		38 (18,5)
Suy gan (n, %)		5 (2,5)
Tràn dịch màng phổi (n, %)		2 (1)
Nhiễm khuẩn vết mổ (n, %)		2 (1)

**Nhận xét:** Có 41 (20%) BN gặp biến chứng sau mổ. Biến chứng thường gặp nhất là cổ trướng, chiếm 18,5%. Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo: I (17,1%), II(2,4%), IIIa (0,5%). Không trường hợp nào tử vong sau mổ.

**b. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật.** Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 10,1 ± 6,5 ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 56 ngày.

### IV. BÀN LUẬN

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

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là 55,5 ± 12,6 tuổi. Menon và cộng sự nghiên cứu 517 bệnh nhân cắt lớn nhận thấy không có sự khác biệt về thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện, tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong sau mổ giữa 2 nhóm trên 70 tuổi và dưới 70 tuổi [3]. Nam giới trong nghiên cứu chiếm đa số (87,8%), triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng vùng hạ sườn phải chiếm 40%, có 50,2% bệnh nhân phát hiện bệnh tình cờ đi khám sức khỏe hoặc triệu chứng của bệnh khác. Viêm gan B có mối liên quan chặt chẽ với tỷ lệ mắc bệnh, thống kê bảng 3.1 có 81,3% các trường hợp mắc viêm gan B. Kết quả tương tự nghiên cứu của các tác giả: Lê Văn Thành (2016)[4]: độ tuổi trung bình (48,4 ± 12,7 tuổi), đau bụng (75,0%), viêm gan B (71,9%); Vũ Văn Quang (2019)[5]: độ tuổi trung bình (52,16 ± 11,06 tuổi), viêm gan B (76,4%). Nghiên cứu của Lee (2016) [6], tại Hàn Quốc về UTBMTBG thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiễm viêm gan virus B: 65,3%,

Thống kê cho thấy: AFP trung bình 1575,4 ± 4869,6 ng/ml và kích thước trung bình khối u: 9,4 ± 4,0 cm (bảng 3.1). Kết quả của Vũ Văn Quang (2019) 335,93 ± 638,07 ng/ml [5],

nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019): 5244,45 ± 21294,56 ng/ml [7].

## 4.2. Kết quả phẫu thuật

**4.2.1. Loại phẫu thuật.** Lựa chọn loại cắt gan dựa vào tình trạng bệnh nhân; vị trí, kích thước u; chức năng gan... Kết quả nghiên cứu cho thấy: Loại cắt gan được thực hiện chủ yếu là cắt gan phải 53,1% (bảng 3.2).

Trong nghiên cứu của Vũ Văn Quang (2018), cắt gan lớn chiếm 20,7% trong đó: cắt gan trái (7,5%), cắt gan phải (7,5%). Nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019) tiến hành cắt gan lớn cho 31 bệnh nhân, trong đó cắt gan phải là chủ yếu (51,6%) [7].

**4.2.2. Kết quả trong mổ.** Phương pháp kiểm soát cuống Glisson: đa số BN chúng tôi kiểm soát cuống toàn bộ theo phương pháp của Takasaki, chiếm 92,3%. Có 16 trường hợp u gan phải kèm huyết khối tĩnh mạch cửa phải hoặc trái, chúng tôi kiểm soát riêng từng thành phần trong cuống Glisson ngoài gan theo tác giả Lortat-Jacob, nhằm mục đích ngăn không cho huyết khối di chuyển sang phần gan để lại. Nhiều tác giả cũng ưu tiên kỹ thuật của Lortat-Jacob khi tiếp cận các trường hợp HCC có huyết khối tĩnh mạch cửa nhánh phải hoặc trái [8]

Truyền máu trong mổ: kiểm soát chảy máu và truyền máu đóng vai trò vô cùng quan trọng trong phẫu thuật cắt gan, đặc biệt là cắt gan lớn. Câu hỏi đặt ra cho các thầy thuốc lâm sàng trong cắt gan, khi nào thì cần truyền máu. Nanashima và cộng sự cho rằng: bắt đầu truyền máu khi lượng máu mất khoảng 850 ml trở lên [9]. Chúng tôi không có BN nào cần truyền máu trong mổ (bảng 3.3). Kết quả của Vũ Văn Quang (2018) [5]: có 13 BN (12,27%) phải truyền máu; thống kê của Yoon (2016): 5 BN (4%) cắt gan lớn cần truyền máu trong mổ [10].

Thời gian cắt nhu mô và thời gian phẫu thuật: Thời gian cắt nhu mô và phẫu thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phương tiện sử dụng để cắt nhu mô gan (Kelly, dao siêu âm, CUSA...). Trong nghiên cứu, thời gian mổ trung bình là 131,6 ± 35,4 phút (bảng 3.3). Nghiên cứu của Karamarkovic (2016): thời gian mổ: 225,6 ± 75,6 phút đối với cắt gan lớn.

## 4.3. Kết quả sớm sau mổ

**4.3.1. Biến chứng.** Hiện nay, cắt gan điều trị UTBMTBG được thực hiện khá an toàn với tỷ lệ biến chứng và tử vong giảm đáng kể, nhờ những tiến bộ trang thiết bị, kỹ thuật và kết quả điều trị sau mổ. Theo Steven (2018), tỉ lệ biến chứng sau mổ cắt gan điều trị UTBMTBG gặp khoảng 40% ở bệnh nhân không xơ gan, tăng cao hơn ở những bệnh nhân bị xơ gan. Các biến

chứng chính gặp khoảng 10-20% bao gồm: rò mật, tràn dịch màng phổi, tổn thương thận cấp tính và suy gan. Tuổi cao và hội chứng rối loạn chuyển hóa làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ. Cắt gan lớn cũng có tỷ lệ biến chứng sau mổ cao hơn so với cắt gan nhỏ.

Biến chứng sau mổ trong nghiên cứu gặp ở 41 BN, chiếm 20%, kết quả này trong nghiên cứu của Vũ Văn Quang (2018) gặp 23,6% và Takahara (2016) gặp 23,4%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: cổ trướng là biến chứng thường gặp nhất (18,5%), đặc biệt trong những trường hợp xơ gan. Đa số BN được điều trị ổn định bằng lợi tiểu, truyền huyết tương tươi, đạm gan và albumin. Có 01 BN dẫn lưu ổ bụng bị tắc, siêu âm thấy dịch ổ bụng mức độ nhiều vào ngày 8 sau mổ, được chúng tôi chọc dịch màng bụng dưới hướng dẫn siêu âm. Theo Steven (2018), cổ trướng mức độ nhiều hoặc tăng lên sau mổ dự báo về khả năng huyết khối tĩnh mạch cửa, hoặc suy gan có thể xảy ra sau đó.

Suy gan sau mổ là biến chứng nặng nề nhất sau phẫu thuật cắt gan, đặc biệt là cắt gan lớn. Chúng tôi chẩn đoán suy gan sau mổ theo tiêu chuẩn Belghiti 50/50: Prothrombin < 50% và Bilirubin toàn phần > 50 µmol/l vào ngày thứ 5 sau mổ [4]. Có 5 (2,5%) BN trong nghiên cứu gặp biến chứng suy gan. Nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019) có tỷ lệ suy gan là 5,9% [7].

Tràn dịch màng phổi gặp ở 2 BN (1%) (bảng 3.4). Các tác giả cho rằng có thể do quá trình giải phóng gan, cắt các dây chằng gây ảnh hưởng đến tuần hoàn bạch huyết khu vực hoặc do rối loạn chức năng gan sau mổ. Tràn dịch màng phổi thường gặp số lượng ít, được điều trị nội khoa ổn định.

Phân độ nặng của biến chứng theo Clavien-Dindo, có 1 BN (0,5%) trong nghiên cứu có biến chứng nặng (loại IIIa), thấp hơn kết quả của Lee (2016) là 11% [6].

**4.3.2. Thời gian nằm viện.** Kết quả nghiên cứu cho thấy: thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 10,1±6,5 ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 56 ngày. Kết quả thu được qua thống kê của các tác giả trong và ngoài nước: Vũ Văn Quang (2018) là 10,7 ± 3,4 (5-22) ngày [5], Trịnh Quốc Đạt (2019) là 10,4 ± 3,1 ngày [7].

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan lớn theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phương pháp an toàn và hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. IARC G (2020), "Cancer fact sheet: Liver cancer incidence and mortality worldwide".

2. **Takasaki K** (2007), Glissonean pedicle transection method for hepatic resection, Springer Science & Business Media.
3. **Menon K V, Al-Mukhtar A, Aldouri A, et al** (2006), "Outcomes after major hepatectomy in elderly patients", Journal of the American college of Surgeons, 203 (5), pp. 677-683.
4. **Lê Văn Thành** (2013), "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", Luận án tiến sĩ Y học - Đại học Quân Y.
5. **Vũ Văn Quang** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuồng Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Luận án tiến sĩ Y học.
6. **Lee C-W, Tsai H-I, Sung C-M, et al** (2016), "Risk factors for early mortality after hepatectomy for hepatocellular carcinoma", Medicine, 95 (39).
7. **Trình Quốc Đạt** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát chọn lọc cuồng Glisson trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan", Luận án Tiến sĩ Y học - Đại học Y Hà Nội.
8. **Belghiti J, Noun R, Malafosse R, et al** (1999), "Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study", Annals of surgery, 229 (3), pp. 369.
9. **Nanashima A, Abo T, Hamasaki K, et al** (2013), "Predictors of intraoperative blood loss in patients undergoing hepatectomy", Surgery today, 43 (5), pp. 485-493.
10. **Yoon Y-I, Kim K-H, Kang S-H, et al** (2017), "Pure laparoscopic versus open right hepatectomy for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis", Annals of surgery, 265 (5), pp. 856-863.

## KẾT QUẢ THAI NGHÉN CỦA SONG THAI MỘT BÁNH RAU, HAI BUỒNG ỒI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thùy Nhung<sup>1,2</sup>, Vũ Văn Bạ<sup>2</sup>,  
Vũ Thị Hà<sup>1,2</sup>, Vương Thị Vui<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Song thai là thai nghén có nguy cơ cao, có thể gây nhiều biến chứng cho sức khỏe cho mẹ và thai trong cả quá trình mang thai cũng như sinh đẻ. Song thai một noãn, một bánh rau, hai buồng ối chiếm tỷ lệ khoảng 70% của song thai một noãn và là song thai có nhiều biến chứng nhất trong các loại song thai. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả thai nghén của các thai phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau hai buồng ối tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ năm 2017 đến năm 2019. **Kết quả:** Song thai một bánh rau hai buồng ối là thai nghén nguy cơ cao, tỷ lệ đẻ non (< 37 tuần) trong loại song thai này là 75,6%, trong đó tỷ lệ đẻ non <34 tuần chiếm 42,2%. Mổ lấy thai là phương pháp đỉnh chỉ thai nghén chủ yếu (78,9%). Tỷ lệ hội chứng truyền máu 26,7%. Hội chứng truyền máu làm tăng tỷ lệ phải nhập viện điều trị sớm và làm tăng nguy cơ đẻ non dưới 34 tuần cao gấp 3,1 lần song thai không có hội chứng truyền máu. Tuổi thai trung bình lúc ĐCTN của nhóm có theo dõi HCTM là 31,1 ± 5,2 (tuần), 64,4% sau đẻ 2 thai phát triển bình thường, 20% song thai có 1 thai sống, 1 thai chết và 15,6% cả 2 thai đều chết. **Kết luận:** Song thai hội chứng truyền máu là thai nghén nguy cơ cao và biến chứng hội chứng truyền máu làm tăng tỷ lệ đẻ non dưới 34 tuần so với song thai không có hội chứng truyền máu. Xu hướng mổ lấy thai sớm hơn do những tiến bộ về nuôi dưỡng sơ sinh và tiến bộ trong

theo dõi phát hiện sớm các biến chứng của hội chứng truyền máu.

**Từ khóa:** Song thai; truyền máu song thai

### SUMMARY

#### THE PREGNANT RESULTS OF MATERNALS WHO ARE DIAGNOSED TWIN PREGNANCY WITH ONE PLACENTA AND TWO AMNIOTIC SACS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Introduction:** Twins pregnancy is high-risk obstetrical condition, which can cause many complications for the health of both maternals and their babies during pregnancy and also delivery process. There are two types of twins: identical (monozygotic) and fraternal (dizygotic). 70% of monozygotic twins that share a placenta, two amniotic sacs and this type has the most complications. **Purposes:** Describe the pregnant results of maternals who are diagnosed twin pregnancy with one placenta and two amniotic sacs at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 2017 to 2019. **Results:** Monozygotic twins pregnancy with one placenta and two amniotic sacs was a type of high-risk pregnancy, the proportion of preterm birth (<37 weeks) in this type of twins pregnancy was 75.6%, in which the rate of preterm birth <34 weeks was about 42.2%. Caesarean section was the main method of suspending pregnancy (78.9%), the percentage of blood transfusion syndrome was 26.7%. Twin-twin transfusion syndrome made the rate of early hospital admission increase and the risk of preterm birth under 34 weeks risen 3.1 times higher than twins without blood transfusion syndrome. The average gestational age when suspended pregnancy of group that was monitored twin twin transfusion syndrome was 31.1 ±

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Vui

Email: vuongthivui@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biên khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024