

di căn xa là 13,2%. Nghiên cứu của Egucho cho thấy tỷ lệ di căn xa là 15,1%. Theo Kim DY báo cáo tỷ lệ di căn xa của tác giả là 15,3%.30

Qua báo cáo của các tác giả ta thấy tỷ lệ di căn xa ở bệnh nhân carcinoma tuyến dạ dày < 40 tuổi không vượt quá 20%. Nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ cao hơn so với kết quả nghiên cứu của các tác giả là 26%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 70% bệnh nhân ở giai đoạn III và IV, trong đó có 13 trường hợp chiếm 26% có di căn xa (giai đoạn IV). Ngoài ra giai đoạn II chiếm tỷ lệ 22% và giai đoạn I thấp nhất 8%. Chúng tôi tìm được 2 nghiên cứu có kết quả tương tự:

Nghiên cứu của tác giả Kais A. Rona và các cộng sự nghiên cứu trên 121 bệnh nhân dưới 45 tuổi thì tỷ lệ giai đoạn III, IV chiếm đến 86,8%.

Theo nghiên cứu của tác giả Trần Thị Hoa, giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất 54,9%; giai đoạn III là 22,6%; tỷ lệ giai đoạn II và I lần lượt là 16,5%, 6,5%. Khi so sánh với những nghiên cứu trên, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân thường phát hiện vào giai đoạn T3 tương ứng với khối u đã xâm lấn đến thanh mạc. Trong khi ở Nhật Bản và Hàn Quốc là 2 nước có tần suất ung thư dạ dày cao nên bệnh nhân và bác sĩ điều trị sẽ chú ý hơn khi có các triệu chứng sớm, và chương trình tầm soát ung thư tại 2 nước này rất hiệu quả, bệnh nhân thường được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, tỷ lệ phát hiện khối u ở T1 khá cao. Lý do khác là do điều kiện kinh tế ở Việt Nam còn thấp, người bệnh chỉ đi khám khi có triệu chứng báo động và Việt Nam chưa có chương trình tầm soát ung thư dạ dày cho dưới 40 tuổi.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư dạ dày ở người trẻ tuổi thường gặp và chẩn đoán ở giai đoạn trễ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rona K.A., Schwameis K., Zehetner J. và cộng sự.** (2017). Gastric cancer in the young: An advanced disease with poor prognostic features. *J Surg Oncol*, 115(4), 371–375.
2. **Matsui M, Kojima O, và Kawakami S** (1992). The prognostic of patient with gastric cancer possessing sex hormone receptors. *Surg Today* 1992;22(5):421-5.
3. **Kim J.H., Boo Y.J., Park J.M. và cộng sự.** (2008). Incidence and long-term outcome of young patients with gastric carcinoma according to sex: Does hormonal status affect prognosis?. *JAMA Surgery*, 143(11), 1062–1067.36
4. **Medina-Franco H và Cortes-Gonzalez R** (2000). Clinicopathological characteristics of gastric carcinoma in young and elderly patients: comparative study. *Ann Surg Oncol*. 2000 Aug;7(7):515-9.
5. **Lewin KJ và Appelman HD** (1996), Tumor of the Esophagus and Stomach", Atlas of Tumor Pathology, 3rd edition, Armed Forces Institute of Pathology. *J Cancer*. 2019 Jul 23;10(18):4389-4396.
6. **Moon H.H., Kang H.W., Koh S.-J. và cộng sự.** (2019). Clinicopathological Characteristics of Asymptomatic Young Patients with Gastric Cancer Detected during Health Checkup. *Korean J Gastroenterol*, 74(5), 281–290.
7. **Zu-Kai Wang và Jian-Xian Lin** (2019). Higher Risk of Lymph Node Metastasis in Young Patients with Early Gastric Cancer. *J Cancer*. 2019 Jul 23;10(18):4389-4396.
8. **Kim DY và Ryu SY** (2003). Clinicopathological characteristics of gastric carcinoma in young patients. *Langenbecks Arch Surg* 2003 Sep;388(4):245-9.

## KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT CẮT GAN PHẢI THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN TẠI BỆNH VIỆN K

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 phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô đường mật trong gan (UTĐMTG). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu (NC) mô tả hồi cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu do ung thư biểu mô đường mật trong gan tại

khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Phẫu thuật được thực hiện cho 14 bệnh nhân (BN). Tuổi trung bình: 61,8 ± 10,1 tuổi; tỉ lệ nam/nữ: 1,33/1; tỷ lệ mắc viêm gan B hoặc C hoặc đồng nhiễm viêm gan B, C là 7,1%. CA 19 – 9 tăng trong 57,1% trường hợp và CEA tăng trong 7,1% trường hợp. Trên phim chụp cắt lớp vi tính, đa số bệnh nhân (BN) có 1 khối u chiếm 78,6%, kích thước u > 5cm chiếm 28,6%, nằm ở ≥ 2 hạ phân thùy chiếm 71,4%. Tất cả các BN đều được vét hạch cưỡng gan, hạch sau đầu tụy và hạch dọc động mạch chung. Thời gian phẫu thuật trung bình: 166,3 ± 55,4 phút. Biến chứng gặp ở 5 BN bao gồm: cổ trướng (21,4%), suy gan (7,1%), nhiễm khuẩn huyết (7,1%), viêm phổi (7,1%). Các biến

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh  
Email: theanhvietduc@gmail.com  
Ngày nhận bài: 17.01.2024  
Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024  
Ngày duyệt bài: 21.3.2024

chúng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien–Dindo: I (60%), II (40%). Giải phẫu bệnh sau mổ: đa số ở giai đoạn II và IIIB (42,9%), nhân vệt tinh (50%), xâm nhập mạch (28,6%), di căn hạch (9,7%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình: 14,3 ± 8,1 ngày.

**Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị UTĐMTG là khả thi, an toàn và hiệu quả.

**Từ khóa:** cắt gan phải, cắt gan theo giải phẫu, ung thư biểu mô đường mật trong gan.

## SUMMARY

### SHORT-TERM OUTCOMES OF ANATOMICAL RIGHT HEPATECTOMY FOR INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA

**Objective:** To evaluate the short-term outcomes of anatomical right hepatectomy for intrahepatic cholangiocarcinoma. **Subject and method:** This was a retrospective descriptive study of the cases who underwent anatomical right hepatectomy for intrahepatic cholangiocarcinoma at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery in National Cancer Hospital from January 2021 to December 2023. **Result:** Elective surgery was performed for 14 patients. The average age was 61.8 ± 10.1 years; sex ratio was 1.33 male per 1 female; hepatitis B and hepatitis C related: 7.1%. CA 19-9 and CEA levels were elevated in 57.1% and 7.1% of cases, respectively. Most patients had a solitary tumor (78.6%) with a size larger than 5cm (28.6%) in a CT scan. All patients underwent local lymphadenectomy, including lymph nodes at the hepatoduodenal ligament along the common hepatic artery and retropancreatic space. The mean operation time was 166.3 ± 55.4 min. Postoperative pathology: II and IIIB TNM staging (42.9%, respectively), satellite nodules (50%), vascular invasion (28.6%), and lymph node metastases (9.7%). Postoperative complications occurred in 5 patients, including ascites (21.4%), liver failure (7.1%), sepsis (7.1%) and pneumonia (7.1%). The classification of complications according to Clavien–Dindo indicated grades I (60%) and II (40%). There was no perioperative mortality. The average length of hospital stay was 14.3 ± 8.1 days. **Conclusion:** Right hepatectomy for intrahepatic cholangiocarcinoma is a feasible, safe and effective method. **Keywords:** right hepatectomy, anatomical liver resection, intrahepatic cholangiocarcinoma.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật là những khối u ác tính xuất phát từ biểu mô của đường mật. Theo vị trí giải phẫu, ung thư đường mật được chia thành ung thư đường mật trong gan (UTĐMTG) và ung thư đường mật ngoài gan (gồm ung thư đường mật vùng rốn gan hay u Klatskin và ung thư phần thấp ống mật chủ). Đây là bệnh lý hiếm gặp, chiếm tỷ lệ khoảng 15% trong tổng số ca ung thư gan nguyên phát, 10% tổng số ung thư đường mật và xấp xỉ 3% các u ác tính của hệ tiêu hóa. Các u đường mật thường tiến triển âm thầm, triệu chứng nghèo nàn nhưng có tính chất

xâm lấn mạnh và các u này thường đáp ứng kém với hóa trị liệu dẫn đến tỷ lệ tử vong đáng báo động, khoảng 2% tổng số ca tử vong do ung thư trên toàn thế giới [1].

UTĐMTG có nguồn gốc từ quá trình viêm nhiễm mạn tính đường mật trong gan làm tổn thương đường mật gây quá sản, loạn sản biểu mô đường mật. Các nguyên nhân thường gặp gồm: viêm chít đường mật nguyên phát, bệnh đường mật bẩm sinh, sỏi đường mật, sỏi lá gan... Tỷ lệ mắc ung thư biểu mô đường mật cao nhất ở khu vực Đông Nam Á trong đó có Việt Nam, đặc biệt cao nhất là Thái Lan, và thấp nhất ở Châu Âu [1].

Điều trị ung thư nói chung và điều trị UTĐMTG nói riêng là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quyết định, các phương pháp điều trị khác như: hóa chất, tia xạ, miễn dịch... đóng vai trò hỗ trợ sau mổ hoặc tạm thời khi bệnh ở giai đoạn không phẫu thuật được. Nếu BN còn chỉ định phẫu thuật thì cắt gan được coi là phương pháp điều trị triệt căn tốt nhất và hiệu quả nhất. Các NC trong và ngoài nước đã khẳng định được vai trò của phẫu thuật cắt gan trong điều trị UTĐMTG [2].

## 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 phải theo giải phẫu điều trị UTĐMTG tại Bệnh viện K từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2023. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu

- Chức năng gan: Child-Pugh A
- Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tuyến của đường mật trong gan

- BN đồng ý tham gia NC

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu.
- Chọn mẫu thuận tiện.
- Thu thập số liệu: Lập danh sách BN được phẫu thuật cắt gan phải, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến của đường mật trong gan. Lấy hồ sơ bệnh án tại kho hồ sơ. Số liệu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án của BN.

### 2.3. Quy trình phẫu thuật

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản  
 Các thì phẫu thuật:  
 Bước 1: Mở bụng theo đường chữ J bên phải  
 Bước 2: Đánh giá tổn thương  
 Đánh giá thương tổn đại thể ổ bụng, hạch cổng gan, tổ chức u gan  
 Bước 3: Cắt túi mật

Bước 4: Giải phóng gan: dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác, dây chằng vành, dây chằng gan tá tràng. Giải phóng toàn bộ gan ra khỏi mặt trước tĩnh mạch chủ dưới, thắt các nhánh tĩnh mạch gan phụ.

Bước 5: Kiểm soát các thành phần cuống gan theo phương pháp Takasaki hoặc Lortat-Jacob.

Bước 6: Cắt gan

- Đường cắt gan: sau khi kiểm soát các thành phần cuống gan, sẽ thấy được ranh giới giữa gan phải – trái.

- Cắt nhu mô gan: bằng pincer, dao siêu âm hoặc CUSA.

- Kiểm soát cuống gan: kẹp chọn lọc cuống gan phải phối hợp với cặp cuống gan toàn bộ (thủ thuật Pringle) hoặc không, thời gian cặp cuống gan toàn bộ mỗi lần không quá 15', giữa các lần cặp nghỉ 5'.

- Cuống gan phải có thể được cắt bằng Băng ghim mạch máu hoặc cắt và khâu bằng chỉ mạch máu.

- Cầm máu diện cắt gan: có thể sử dụng dao đơn cực, lưỡng cực hoặc khâu cầm máu bằng chỉ mạch máu.

- Các nhóm hạch cuống gan, hạch sau đầu tụy, hạch dọc động mạch gan chung, được vét trước hoặc sau khi cắt gan.

- Kiểm soát rò mật: đặt gạc trắng lên diện cắt, nếu phát hiện rò mật khâu bằng chỉ Prolene.

- Che phủ diện cắt bằng surgical.

Bước 7: Lau ổ bụng, đặt 02 dẫn lưu tại diện cắt, đóng bụng. Mẫu bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh ngay sau phẫu thuật.

**2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu.** Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng; nồng độ CA 19 – 9, CEA, AFP; tỷ lệ mắc virus viêm gan B, viêm gan C; tiền sử sỏi mật, can thiệp đường mật; kích thước, số lượng u trên CLVT. Trong mổ: phương pháp kiểm soát cuống, tỷ lệ nạo hạch cuống gan, thời gian phẫu thuật.

Kết quả sớm: giải phẫu bệnh (típ mô bệnh học, giai đoạn bệnh, nhân vệ tinh, xâm nhập mạch, số lượng hạch vét được, di căn hạch), tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, mức độ biến chứng được phân loại theo Clavien – Dindo. Thời gian nằm viện.

**2.5. Xử lý số liệu.** Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, trung vị, 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

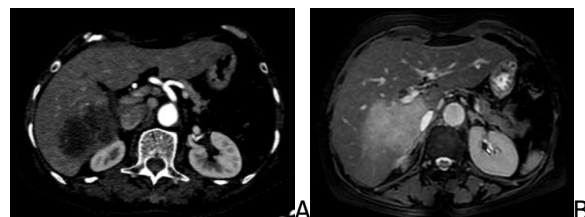
Từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm

2023 đã có 14 BN được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô đường mật trong gan 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	Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi); >60 tuổi (%)	61,8±10,1; 71,4%
Tỉ lệ nam/nữ	1,33/1
Tiền sử mắc viêm gan virus B, C hoặc đồng nhiễm (n, %)	1 (7,1%)
Đau bụng hạ sườn phải (n, %)	10 (71,4%)
Tình cờ phát hiện u gan (n, %)	4 (28,6%)
CA 19 – 9 tăng (n, %)	8 (57,1%)
CEA tăng (n, %)	1 (7,1%)
U đơn độc trên CLVT (n, %)	11 (78,6%)
Kích thước u > 5cm trên CLVT (n, %)	4 (28,6%)
U nằm ở ≥ 2 hạ phân thùy trên CLVT (n, %)	10 (71,4)
Đánh giá chức năng gan	Child – Pugh A: 100%



**Hình 3.1: Khô u gan phải trên phim CLVT (A) và cộng hưởng từ (B)**

Nguồn: BN Trần Thị H. Mã hồ sơ: 230379359

#### 3.2. Kết quả phẫu thuật

##### 3.2.1. Kết quả trong mổ

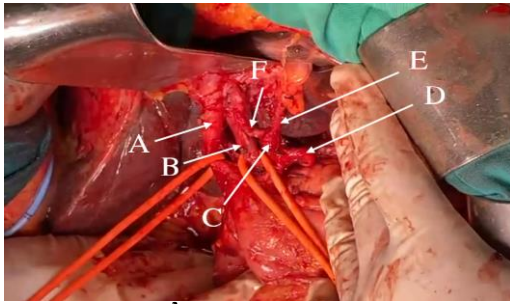
**Bảng 3.2. Kết quả trong mổ**

Đặc điểm	Giá trị	
Phương pháp kiểm soát cuống (n, %)	Takasaki	11(78,6)
	Lortat – Jacob	3 (21,4)
Kẹp cuống toàn bộ trong thì cắt nhu mô		14 (100)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		156,8 ± 46,5



**Hình 3.2: Cắt cuống Glisson phải bằng đạn mạch máu**

Nguồn: BN Nguyễn Văn N. Mã hồ sơ: 230362124



**Hình 3.3: Kiểm soát cuống Glisson theo Lortat-Jacob**

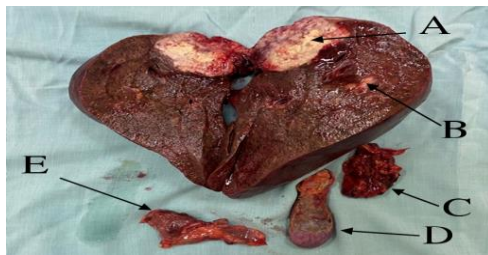
Nguồn: BN Vũ Phi R. Mã hồ sơ: 230162786

A. Ống gan chung. B. TM cửa. C. ĐM gan riêng. D. ĐM gan chung. E. ĐM gan phải. F. ĐM gan trái

**3.2.2. Kết quả sớm sau mổ**

**Bảng 3.3. Kết quả sớm sau mổ**

Đặc điểm		Giá trị
Ung thư biểu mô tuyến (n, %)		14 (100)
Nhân vệt tinh (n, %)		7 (50)
Xâm nhập mạch (n, %)		4 (28,6)
Tổng số hạch vét được (n)		134
Số hạch di căn (n, %)		13 (9,7)
Bệnh nhân có di căn hạch (n, %)		6 (42,9)
Giai đoạn bệnh theo TNM	IA	2 (14,2)
	II	6 (42,9)
	IIIB	6 (42,9)
Suy gan sau mổ (n, %)		1 (7,1)
Cổ trướng (n, %)		3 (21,4)
Nhiễm khuẩn huyết (n, %)		1 (7,1)
Viêm phổi (n, %)		1 (7,1)
Thời gian nằm viện		14,3±8,1(6-30)



**Hình 3.4: Bệnh phẩm sau mổ**

Nguồn: BN Nguyễn Văn N. Mã hồ sơ: 230362124

A. Khối u. B. Nhân vệt tinh. C. Hạch rốn gan, hạch sau đầu tụy. D. Túi mật. E. Hạch dọc ĐM gan chung

**IV. BÀN LUẬN**

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

Tuổi trung bình trong NC là 61,8 ± 10,1 tuổi, trong đó có 71,4% số BN là trên 60 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 1,33/1 (bảng 3.1). Một số NC cho thấy phẫu thuật ở BN cao tuổi là một trong các yếu tố nguy cơ sau phẫu thuật, tuy nhiên, đây không phải yếu tố chống chỉ định phẫu thuật. Trịnh

Quốc Đạt (2010): độ tuổi trung bình 52,5 ± 12,7; tuổi cao nhất 75, tuổi thấp nhất 16 tuổi; độ tuổi hay gặp 45 đến 65 chiếm 50% [2].

Tiền sử mắc viêm gan B, viêm gan C hoặc đồng nhiễm là 7,1%, không có BN nào có tiền sử sỏi mật. Theo Trịnh Quốc Đạt: tiền sử mổ sỏi mật chiếm 31,7%, liên quan đến mổ đường mật chiếm 13,3%, viêm gan B chiếm 38,2% [2]. Theo một số tác giả, virus viêm gan B có liên quan trong 50 – 80% các trường hợp UTĐMTG trên toàn thế giới trong khi 10 – 25% số trường hợp có liên quan tới nhiễm virus viêm gan C.

Bảng 3.1: triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (71.4%). Theo Trịnh Quốc Đạt đau bụng chiếm 96%, gầy sút chiếm 45%, vàng da chiếm 15% [2].

CA 19 – 9 là chất chỉ điểm cho ung thư tuyến tụy với độ nhạy khoảng 80%, độ đặc hiệu 60 – 70% [3]. Trong NC chúng tôi CA 19 – 9 tăng chiếm 57,1%, CEA tăng chiếm 7,1% (bảng 3.1). Theo Trịnh Quốc Đạt CA 19 – 9 tăng chiếm 63,2%, AFP tăng chiếm 26,2%, CEA tăng chiếm 37,1% [2]. Định lượng CA 19 – 9 trong máu không những có vai trò quan trọng trong chẩn đoán ung thư đường mật mà còn có vai trò theo dõi kết quả sau điều trị, đặc biệt CA 19 – 9 > 1000 U/mL là yếu tố tiên lượng xấu sau mổ [3].

Đánh giá chức năng gan trước phẫu thuật nói chung và cắt gan lớn nói riêng là yếu tố quan trọng để giảm tỷ lệ suy gan sau mổ. Trong NC của chúng tôi, các BN được lựa chọn đều là Child – Pugh A để tránh suy gan sau mổ.

Chụp cắt lớp vi tính giúp xác định chính xác vị trí khối u, kích thước, số lượng u và các tổn thương phổi hợp khác trong ổ bụng như: hạch ổ bụng, huyết khối tĩnh mạch, dịch ổ bụng... đối với những BN dự kiến cắt gan lớn có thể dựng hình đo thể tích gan trước mổ. Chúng tôi chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang cho tất cả BN, kết quả 1 u chiếm 78.6%, kích thước u ≥ 5 cm chiếm 28.6%, đa số u gặp ở ≥ 2 hạ phân thùy (71,4%) (bảng 3.1). Trong 1 số NC cho thấy sự ngấm thuốc ngoại biên thì động mạch rửa thuốc trôi thì tĩnh mạch, có co kéo bao gan trong UTĐMTG [2].

**4.2. Kết quả phẫu thuật**

**4.2.1. Kết quả trong mổ**

Phương pháp kiểm soát cuống:

- Kỹ thuật cặp cuống gan toàn bộ (thủ thuật Pringle): tất cả các trường hợp chúng tôi đều cặp cuống gan toàn bộ trong thì cắt nhu mô để hạn chế mất máu, cặp liên tục 15 phút sau đó mở cặp 5 phút rồi lặp lại cho đến khi cắt xong nhu mô gan. Belghiti chỉ ra việc cặp cuống toàn bộ ngắt quãng hiệu quả hơn phương pháp cặp

cuống liên tục về kiểm soát lượng máu mất trong phẫu thuật và hiệu quả hơn về mặt hồi phục sau phẫu thuật [4].

- Kỹ thuật kiểm soát cuống chọn lọc Takasaki: phẫu tích tại rốn gan có thể bộc lộ các cuống Glisson chính. Trong nhóm NC chúng tôi có 11 trường hợp kiểm soát chọn lọc cuống phải theo Takasaki để xác định danh giới gan phải (hình 3.2).

- Kỹ thuật Lortat – Jacob: kiểm soát cuống mạch ngoài nhu mô gan, kiểm soát, cặp và cắt các thành phần cuống gan ở ngoài gan sau đó mới cắt gan, sau khi thắt các thành phần ngoài gan sẽ nhìn thấy được diện thiếu máu của gan. Trong cắt gan phải kỹ thuật này giúp ta bộc lộ rõ ràng các thành phần giúp ta kiểm soát được sự tiến triển khối u khi xâm lấn đường mật và mạch máu, tuy nhiên cũng có thể làm tổn thương hoặc thắt nhầm thành phần của cuống gan đặc biệt là biến đổi giải phẫu [2]. Trong nhóm NC có 3 trường hợp được làm kỹ thuật này chiếm 21,4% (hình 3.3).

Nạo vét hạch: Trong NC tất cả các trường hợp đều được nạo vét hạch cuống gan, sau đầu tụy và hạch động mạch gan chung. Nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật UTĐMTG còn đang tranh luận: theo Inoue khi đã di căn hạch thì phẫu thuật sẽ không mang tính triệt căn do vậy không có chỉ định cắt bỏ gan trong trường hợp di căn hạch.

Thời gian phẫu thuật: Thời gian 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...). Thời gian phẫu thuật trung bình là  $156,8 \pm 46,5$  phút (bảng 3.2). Theo Lê Lộc: thời gian mổ trung bình 90 phút, có thể rút ngắn thời gian mổ nếu áp dụng kỹ thuật cắt gan có thắt các mạch máu qua nhu mô gan [5].

#### 4.2.2. Kết quả sớm sau mổ

Nhân vệ tinh: Theo Conci có 21,9% BN có đơn u kèm theo nhân vệ tinh. Sự xuất hiện của nhân vệ tinh làm tăng nồng độ CA 19-9 huyết thanh ( $p=0,035$ ), tăng tỉ lệ di căn hạch từ 21,9% lên 35,2% ( $p=0,018$ ). Thời gian sống thêm sau 5 năm ở nhóm không có nhân vệ tinh là 47,9%, trong khi nhóm có nhân vệ tinh chỉ là 21,7% [6]. Kết quả của chúng tôi trên kết quả giải phẫu bệnh phát hiện 7 BN có nhân vệ tinh (chiếm 50%).

Xâm nhập mạch: Chúng tôi NC có 4 BN có u xâm nhập mạch trên giải phẫu bệnh (chiếm 28,6%). Theo Conci và cộng sự, 36,3% BN có u xâm nhập mạch. Khi so sánh giữa 2 nhóm có và không có tổn thương xâm nhập mạch, nhận thấy thời gian sống thêm sau 5 năm giảm từ 45,1% xuống 32,9% ( $p=0,017$ ) [6].

Di căn hạch: NC của chúng tôi có 6/14 trường hợp di căn hạch (chiếm 42,9%). Ohtsuka (2002) NC trên 62 trường hợp [7], J.L. Huang (2004) qua 31 trường hợp kết luận di căn hạch không làm ảnh hưởng thời gian sống sau mổ [8], có trường hợp di căn hạch sống trên 3 năm. Theo Sakamoto.Y, ung thư đường mật có di căn hạch tiên lượng xấu, chỉ định còn nhiều tranh cãi [9]. Tuy nhiên cũng có quan điểm trái ngược như của Harrison (1998) [3], Valverde và Belghiti (1999) [4] ghi nhận di căn hạch là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả xa sau mổ, di căn hạch không phải là chống chỉ định của cắt gan và việc lấy hạch hệ thống nên được làm kèm phẫu thuật cắt gan.

Giai đoạn bệnh: UTĐMTG chủ yếu gặp ở giai đoạn IIIB chiếm 42,9% BN nghiên cứu (bảng 3.3). Hiệp hội phẫu thuật đường mật Nhật Bản (2002), hiệp hội này đã tổng kết kết quả điều trị sau 10 năm trên 11030 trường hợp: phẫu thuật mang tính triệt căn chỉ đạt 40%, tỷ lệ sống thêm sau mổ đối với giai đoạn I là 47 – 77%, giai đoạn II là 20 – 50%, giai đoạn III, IV là 10 – 19% [7].

Biến chứng sau mổ: trong NC không có trường hợp nào tử vong, rò mật và chảy máu sau mổ. Cổ trướng có 3 trường hợp, dịch ra ở dẫn lưu > 500ml/ 24 giờ kéo dài trên 5 ngày, được điều trị nội khoa ổn định. Có 1 trường hợp (7.1%) suy gan, kèm nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi được điều trị nội khoa tại khoa hồi sức cấp cứu, sau 30 ngày BN ổn định ra viện.

Ngô Đắc Sáng: suy gan 3,47%; suy thận 0,32%; tràn dịch màng phổi 11,99%; chảy máu 1,26%; rò mật 1,89% điều trị nội khoa ổn định; áp xe tồn dư 0,32%; dịch cổ trướng là 8,52% [10]. Tuy nhiên NC này cũng cho thấy rằng loại phẫu thuật cắt gan không ảnh hưởng đến kết quả gần, phù hợp với các NC khác cho rằng phẫu thuật cắt bỏ u vẫn là biện pháp điều trị lựa chọn hàng đầu trong UTĐMTG, ngay cả khi phẫu thuật cắt bỏ u không mang tính triệt căn thì nó cũng có giá trị hơn là phẫu thuật tạm thời như sinh thiết, dẫn lưu.

Thời gian nằm viện: Kết quả NC cho thấy thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là  $14,3 \pm 8,1$  ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 30 ngày. Theo Ngô Đắc Sáng: ngày nằm trung bình  $9,9 \pm 3,6$  ngày, ngày ngắn nhất 5 ngày, ngày dài nhất 40 ngày [10].

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị UTĐMTG là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp. Cần thêm thời gian để đánh giá thời gian sống thêm sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Banales J M, Marin J J, Lamarca A, et al** (2020), "Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management", *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*, 17 (9), pp. 557-588.
2. **Đạt T Q** (2010), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan do ung thư đường mật trong gan", Luận văn bác sĩ nội trú Đại học Y Hà Nội.
3. **Harrison L, Fong Y, Klimstra D, et al** (1998), "Surgical treatment of 32 patients with peripheral intrahepatic cholangiocarcinoma", *British journal of surgery*, 85 (8), pp. 1068-1070.
4. **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.
5. **Lê Lộc** (2010), "Kinh nghiệm qua 1245 trường hợp cắt gan ung thư", *Tạp chí gan mật Việt Nam*, 13, pp. 36 – 45.
6. **Conci S, Ruzzenente A, Viganò L, et al** (2018), "Patterns of distribution of hepatic nodules (single, satellites or multifocal) in intrahepatic cholangiocarcinoma: prognostic impact after surgery", *Annals of Surgical Oncology*, 25, pp. 3719-3727.
7. **Ohtsuka M, Ito H, Kimura F, et al** (2002), "Results of surgical treatment for intrahepatic cholangiocarcinoma and clinicopathological factors influencing survival", *Journal of British Surgery*, 89 (12), pp. 1525-1531.
8. **Huang J L, Biehl T R, Lee F T, et al** (2004), "Outcomes after resection of cholangiocellular carcinoma", *The American journal of surgery*, 187 (5), pp. 612-617.
9. **Sakamoto Y, Kokudo N, Matsuyama Y, et al** (2016), "Proposal of a new staging system for intrahepatic cholangiocarcinoma: analysis of surgical patients from a nationwide survey of the Liver Cancer Study Group of Japan", *Cancer*, 122 (1), pp. 61-70.
10. **Ngô Đắc Sáng** (2018), "Nghiên cứu các biến chứng sau phẫu thuật cắt gan do ung thư theo phương pháp Tôn Thất Tùng", *Học viện Quân Y*.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HOẠI TỬ CÂN MẠC VÙNG MẶT VÀ QUANH Ổ MẮT

Ngô Văn Công<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** hoại tử cân mạc vùng mặt và quanh ổ mắt là bệnh lý hiếm gặp. Tuy nhiên, bệnh lý diễn tiến nhanh, ảnh hưởng đến thị lực và khả năng tử vong cao. Do đó, cần nắm rõ đặc điểm của viêm cân mạc hoại tử vùng mặt và quanh ổ mắt giúp chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời cải thiện tình trạng bệnh cho bệnh nhân. **Phương pháp:** mô tả loạt ca, ghi nhận đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân và các biến số của bệnh nhân tại Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Chợ Rẫy 2/ 2022 đến 1/2024. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 15 trường hợp viêm cân mạc hoại tử sọ mặt, trong đó 12 trường hợp viêm cân mạc hoại tử quanh hốc mắt và 3 trường hợp viêm cân mạc hoại tử vùng mặt, quanh hốc mắt. Với các triệu chứng phổ biến sưng, đỏ quanh mắt, sụp mi, đau sâu trong mắt, giới hạn vận nhãn (100%), giảm thị lực (60%), mù mắt (40%), hoại tử da quanh ổ mắt và mặt (20%). Triệu chứng đau sâu trong mắt là triệu chứng nổi bật và kéo dài, bệnh nhân than phiền nhiều nhất. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 20%, di chứng mắt là 100%, đau kéo dài sau phẫu thuật 5/15 (33,3%). **Kết luận:** Việc chẩn đoán cần xác định sớm đúng bệnh và điều trị tích cực có thể ngăn chặn diễn tiến nặng và giúp bệnh nhân hồi phục sớm cho bệnh nhân viêm cân mạc hoại tử vùng mặt, quanh ổ mắt và

giảm tỷ lệ tử vong. **Từ khóa:** viêm cân mạc hoại tử vùng mặt, viêm cân mạc hoại tử quanh ổ mắt, viêm cân mạc hoại tử sọ mặt.

### SUMMARY

#### INVESTIGATION ON CHARACTERISTICS OF FACIAL AND PERIORBITAL NECROTIZING FASCIITIS

**Introduction:** Facial and periorbital necrotizing fasciitis is a rare disease. However, it progresses serious quickly and affects vision, high mortality of patients. Therefore, it is necessary to identify characteristics of facial and periorbital necrotizing fasciitis to help prompt diagnosis and treatment to improve patient's mortality. **Methods:** Describe a series of cases, record clinical characteristics of patients with facial and periorbital necrotizing fasciitis and variables of patients at the Department of Ear, Nose and Throat - Cho Ray Hospital from 2/2022 to 1/2024. **Results:** We had 15 cases of craniofacial necrotizing fasciitis, of which 12 cases of periorbital necrotizing fasciitis and 3 cases of facial and periorbital necrotizing fasciitis. With common symptoms of swelling, redness around the eyes, drooping eyelids, deep pain in the eyes, limited eye movement (100%), decreased vision (60%), blindness (40%), periorbital and facial skin necrosis (20%). Pain deep in the eye is the most prominent and long-lasting symptom. The mortality was 20%, eye sequelae was 100%, and prolonged pain after surgery was 5/15 (33.3%). **Conclusion:** Facial and periorbital necrotizing fasciitis requires early identification and prompt treatment can prevent severe progression and help patients recover early morbidity. Beside it make to

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biên khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 18.3.2024