

chiếm 4,3% nhóm phẫu thuật bảo tồn cơ thắt đã được làm mở thông hồi tràng bảo vệ, bệnh nhân theo dõi điều trị nội dần ổn định.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ trung bình sau mổ tính theo Kaplan Meier là  $65,3 \pm 4,3$  tháng. Bệnh nhân có thời gian sống thêm dài nhất đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 78 tháng. Trong nghiên cứu, nhóm BN dưới 60 tuổi và trên 60 tuổi có thời gian sống thêm toàn bộ trung bình sau mổ lần lượt là  $73,8 \pm 3,5$  tháng và  $56,1 \pm 7,4$  tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

Thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm LNR 0 là  $68,2 \pm 5,7$  tháng, LNR 1-2 (0,01-0,41) là  $68,2 \pm 5,5$  tháng và LNR 3-4 (>0,41) là  $22 \pm 8,7$  tháng. Sự khác biệt giữa có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Từ đó cho thấy trong phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng, tỉ số hạch di căn (LNR) là một chỉ số phản ánh chất lượng cuộc mổ cũng như góp phần tiên lượng sống còn sau phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư trực tràng 1/3 dưới hay gặp ở độ tuổi trung niên. Tùy theo vị trí u và giai đoạn bệnh có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật khác nhau như miệng nối thấp/ rất thấp, nối đại tràng – OHM, cắt cắt trực tràng. Với những khối u dưới 5 cm có thể phẫu thuật bảo tồn cơ thắt mà vẫn đảm bảo về mặt ung thư học cũng như thời gian sống sau mổ. Tỉ số hạch di căn (LNR) là một chỉ số phản ánh chất lượng cuộc mổ cũng như góp phần tiên lượng sống còn sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **8-Colon-fact-sheet.pdf**. Accessed November 17, 2023. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/8-Colon-fact-sheet.pdf>
2. **704-viet-nam-fact-sheets.pdf**. Accessed November 17, 2023. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>
3. **Rosenberg R, Engel J, Bruns C, et al.** The Prognostic Value of Lymph Node Ratio in a Population-Based Collective of Colorectal Cancer Patients. *Ann Surg.* 2010;251(6):1070-1078. doi:10.1097/SLA.0b013e3181d7789d
4. **Phạm Văn Bình.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng đường bụng tăng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp. Học Viện Quân. 2013; Luận án tiến sĩ y học.
5. **Trần Minh Đức, Nguyễn Cao Cường.** Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp nối máy trong điều trị ung thư trực tràng. Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2014; Tập 18(1):tr. 62-66.
6. **Vân, Đ.Đ.** Ung Thư Trực Tràng. Nhà xuất bản Y học; 1991.
7. **Nicholls, R.J., A.Y. Mason, B.C. Morson.** The clinical staging of rectal cancer. *Br J Surg.* 1982;69(7):404-409.
8. **Hoàng Mạnh Thăng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư trực tràng giai đoạn T3-T4 tại bệnh viện K. Trường Đại Học Hà Nội. 2009; Luận văn bác sĩ nội trú bệnh viện.
9. **Brown, G., et al.** Effectiveness of preoperative staging in rectal cancer digital rectal examination, endoluminal ultrasound or magnetic resonance imaging? *Br J Cancer.* 2004;91(1):23-29.
10. **Brown, G., et al.** Preoperative assessment of prognostic factors in rectal cancer using high-resolution magnetic resonance imaging. *Br J Surg.* 2003;90(3):355-364.

## KẾT QUẢ CẮT GAN ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH LÝ U GAN LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Việt<sup>1</sup>, Đỗ Tuấn Anh<sup>2</sup>, Trần Quế Sơn<sup>1,3</sup>,  
Nguyễn Thị Huệ<sup>4</sup>, Bạch Văn Thành<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị một số loại u gan lành tính thường gặp. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu 86 bệnh nhân được

phẫu thuật cắt gan do u gan lành tính tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Nữ/nam là 2,4/1, tuổi trung bình là  $40,7 \pm 12,6$  tuổi (10 tuổi – 70 tuổi). Lý do vào viện chủ yếu là đau bụng, tình cờ phát hiện u và u gan vỡ lần lượt là 70,9%, 27,9%, 1,2%. Cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ chẩn đoán chính xác 87,2%. Tỷ lệ u máu, HNF, adenoma lần lượt là 68,6%, 20,9%, 10,5%. Chỉ định mổ khi khối u có triệu chứng (69,77%), u gan vỡ, nghi ngờ ác tính, u tăng kích thước khi theo dõi định kỳ, u máu kích thước lớn. Tỷ lệ mổ mở và mổ nội soi lần lượt là 64%, và 36%, trong đó có 4 trường hợp mổ nội soi chuyển mổ (11,1%). Biến chứng chung là 17,5%, phần lớn là nhẹ, 4 trường hợp cần mổ lại. Không có trường hợp nào tử vong sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị hiệu quả đối với u gan lành tính

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>4</sup>Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt

Email: viet163451888@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.3.2024

nhưng cũng có biến chứng của mổ cắt gan nên cần được cân nhắc khi chỉ định mổ.

**Từ khóa:** U gan lành tính, cắt gan, u máu, u tuyến gan, nội soi

**SUMMARY**

**RESULTS OF HEPATITIS TREATMENT OF SOME BENIGN LIVER TUMOR DISEASES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL**

**Objective:** Special description of available clinical, laboratory and results of hepatectomy to treat some types you commonly encounter. **Subject and Method:** Retrospective description of 86 patients undergoing hepatectomy for benign liver tumors at Viet Duc University Hospital from January 2018 to December 2022. **Results:** Female/male is 2.4/1, average age is 40.7 ± 12.6 years (10 years - 70 years old). The main reasons for hospitalization were abdominal pain, and accidental discovery of tumors and ruptured liver tumors were 70.9%, 27.9%, and 1.2%, respectively. Computed tomography and magnetic resonance diagnostic accuracy is 87.2%. The rates of hemangioma, HNF, and adenoma were 68.6%, 20.9%, and 10.5%, respectively. Surgery is indicated when the tumor has symptoms (69.77%), ruptured liver tumors, suspected malignancy, tumors increase in size during periodic monitoring, and large hemangiomas. The rates of open and laparoscopic surgery were 64% and 36%, respectively, including 4 cases of laparoscopic surgery converted to open (11.1%). Overall complications were 17.5%, most were mild, 4 cases required re-operation. There were no cases of death after surgery. **Conclusion:** Hepatectomy is an effective treatment method for benign liver tumors, but there are also complications of hepatectomy, so it should be considered when prescribing surgery.

**Keywords:** Benign liver tumors, hepatectomy, hemangioma, liver adenoma, endoscopy.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

U gan lành tính được hình thành từ các tế bào bình thường của gan, xuất phát từ tế bào biểu mô, không biểu mô, tăng trưởng chậm. Hay gặp nhất trên lâm sàng là u máu gan, ngoài ra còn có FNH, Adenoma, u cơ mỡ mạch,...<sup>1</sup> Hầu hết các u gan lành tính là những khối u đơn độc, không gây triệu chứng và được phát hiện tình cờ. Các khối u lành tính có thể phát triển tăng kích thước gây triệu chứng hoặc nghi ngờ ung thư cần xem xét chỉ định phẫu thuật.<sup>2,3</sup> Tại Việt Nam, có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật điều trị u gan lành tính nhưng chỉ định phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật còn chưa thống nhất. Cắt gan là một phẫu thuật lớn, có thể có nhiều nguy cơ như chảy máu, rò mật, nhiễm trùng vết mổ nên chỉ định mổ do u gan lành tính phải rất chặt chẽ. Vì vậy để nhận xét lại chỉ định mổ và kết quả sau mổ của nhóm u gan lành tính, chúng tôi thực hiện đề tài: "*Kết quả phẫu thuật cắt gan*

*điều trị một số u gan lành tính thường gặp tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*".

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán u gan lành tính, được phẫu thuật cắt gan điều trị u gan tại bệnh viện Việt Đức, có kết quả giải phẫu bệnh là u gan lành tính (U máu, FNH, Adenoma, u cơ mỡ mạch).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Cắt gan kèm phẫu thuật các bệnh lý khác trong ổ bụng (phần phụ, tá tràng,..), không đáp ứng được các tiêu chuẩn ở trên.

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:**

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Lựa chọn tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong khoảng thời gian nghiên cứu (từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022) có 86 bệnh nhân đáp ứng đủ các tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

**3.1. Đặc điểm chung.** Độ tuổi trung bình là 40,7 ± 12,6 tuổi (thấp nhất là 10 tuổi, cao nhất là 70 tuổi). Nữ hay gặp hơn với tỷ lệ nữ/nam: 2,4/1.

**Bảng 1: Môi liên quan giữa u gan và giới tính (n=86)**

Giới	GPB		U máu		Adenoma		FNH	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Nam	13	22,0	4	50,0	8	42,1		
Nữ	46	78,0	4	50,0	11	57,9		
Tổng	59	100	8	100	19	100		
%(n=86)	68,6		9,3		22,1			

Trong số các trường hợp được nghiên cứu, u máu gan là hay gặp nhất với tỷ lệ 68,6%, tiếp theo là FNH với 22,1% và Adenoma với 9,3%. Đa số trường hợp u máu gan gặp ở nữ với tỷ lệ 78%, FNH cũng hay gặp ở nữ hơn, trong khi đó Adenoma gặp ở cả nam và nữ với tỷ lệ tương đương nhau.

**Bảng 2: Triệu chứng (n=86)**

Triệu chứng	Tần suất	%
Không triệu chứng	24	27,91
Đau bụng	60	69,77
Tự sờ thấy khối u	1	1,16
Sốc mất máu do u vỡ	1	1,16

Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng chiếm

69,77%, 1 bệnh nhân sờ thấy khối u, 1 bệnh nhân vào viện cấp cứu vì sốc mất máu do khối u gan vỡ, 27,91% bệnh nhân không triệu chứng.

**3.2. Cách thức phẫu thuật**

**Bảng 3: Vị trí u và cách thức mổ**

Vị trí u	PPPT			Tổng	
	Mổ mở	Nội soi	Nội soi chuyển mổ mở	N	%
HPT I	5	0	0	5	5,8
HPT II	0	6	0	6	7,0
HPT III	0	2	0	2	2,3
HPT IV	0	2	0	2	2,3
HPT V	1	2	1	4	4,7
HPT VI	5	2	1	8	9,3
HPT VII	4	0	0	4	4,7
HPT VIII	3	0	0	3	3,5
PTB	6	11	2	19	22,1
PTT	2	0	0	2	2,3
PTS	8	0	0	8	9,3
4+7	1	0	0	1	1,2
4+8	1	0	0	1	1,2
5+6	4	2	0	6	7,0
7+8	7	0	0	7	8,1
PTB + PTS	1	0	0	1	1,2
Gan phải	7	0	0	7	8,1
Tổng	N	55	27	4	86
	%	64	31,4	4,6	100

Vị trí u hay gặp nhất là phân thùy bên với 27 trường hợp (8 trường hợp ở 1 HPT; 19 trường hợp ở cả 2 HPT II, III) Chỉ định mổ nội soi được chỉ định ở 31 bệnh nhân (36%) chủ yếu với các khối u nằm ở PTB, HPT IV, V, VI, trong số này có 4 bệnh nhân phải chuyển mổ mở, có 55 bệnh nhân (64%) được chỉ định mổ mở từ đầu.

**Bảng 4: Kích thước u và cách thức mổ**

Kích thước u (cm)	PPPT		Tổng	
	Mổ mở	Nội soi	N	%
Trung bình	8,6±2,7	5,9±1,6	7,6±2,7	7
Min-max	3 – 15	2,7 – 9,3	2,7 – 15	7
≤ 4	3	4	7	8,1
4 < u < 10	38	27	65	75,6
10 ≤ u	14	0	14	16,3
Tổng	N	55	31	86
	%	64	36	100

Kích thước khối u trung bình là 7,6 ± 2,7cm (nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 15cm). Ở nhóm bệnh nhân chỉ định mổ nội soi, kích thước khối u trung bình là 5,9 ± 1,6cm (Nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 9,3cm). Ở nhóm mổ mở, kích thước u trung bình là 8,6 ± 2,7cm (nhỏ nhất là 3cm, lớn nhất là 15cm).

**3.3. Kết quả phẫu thuật**

**Bảng 5: Biến chứng sau mổ (n=86)**

Biến chứng	GPB (n=55)		Mổ mở (n=27)		Tổng (n=84)	
	N	%	N	%	N	%
Tràn dịch màng phổi	5	9,1	0	0	5	5,8
Nhiễm trùng vết mổ	0	0	1	3,7	1	1,2
Ổ tụ dịch sau mổ	7	12,7	1	3,7	8	9,3
Tổng	12	21,8	2	7,4	14	16,3

Biến chứng	GPB (n=55)		Mổ mở (n=27)		Tổng (n=84)	
	N	%	N	%	N	%
Tràn dịch màng phổi	5	9,1	0	0	5	5,8
Nhiễm trùng vết mổ	0	0	1	3,7	1	1,2
Ổ tụ dịch sau mổ	7	12,7	1	3,7	8	9,3
Tổng	12	21,8	2	7,4	14	16,3

Tỷ lệ biến chứng chung là 17,5%, tỷ lệ biến chứng của nhóm mổ mở là 21,8%, của nhóm mổ nội soi là 7,4%, của nhóm mổ nội soi chuyển mổ mở là 25%. Trong các biến chứng, ổ tụ dịch sau mổ là hay gặp nhất với tỷ lệ chung là 10,5%. Không có trường hợp nào bị chảy máu sau mổ.

**Bảng 6. Thời gian nằm viện sau mổ và cách thức mổ (n=86)**

Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	Mổ mở (n=55)	Nội soi (n=27)	Nội soi chuyển mổ mở (n=4)	Tổng
Trung bình	8,7±2,6	6,8±1,6	10±2,2	8,2±2,4
Ngắn nhất	6	4	8	4
Dài nhất	16	10	13	16

Thời gian nằm viện trung bình là 8,2 ± 2,4 ngày, của nhóm mổ mở là 8,7 ± 2,6 ngày, của nhóm mổ nội soi là 6,8 ± 1,6 ngày.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và cách thức phẫu thuật.** Trong tổng số 86 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân nữ chiếm nhiều hơn với tỷ lệ 2,4/1. Độ tuổi trung bình là 40,7 ± 12,6 trong đó thấp nhất là 10 tuổi, cao nhất là 70 tuổi. U gan lành tính có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào, thậm chí là trong bào thai. Trong một thống kê trên 93.562 thai nhi của 92.126 phụ nữ, Jiao Ling (2018) đã công bố có 6 thai nhi có khối u máu gan lớn (tỷ lệ mắc 0,64/10.000).<sup>4</sup> Loại u hay gặp nhất là u máu hay chiếm 68,6%, tiếp theo là FNH với 22,1% và Adenoma với 9,3%, đặc biệt với u máu tỷ lệ nữ mắc phải loại u này cao hơn hẳn so với nam giới, chiếm tỷ lệ 78% u máu trong nghiên cứu. Các khối u gan lành tính thường gặp ở nữ giới hơn, nhiều tác giả cho rằng có sự ảnh hưởng của hormon sinh dục nữ (cả nội sinh và ngoại sinh) đến sự phát triển của khối u.<sup>5</sup>

Về triệu chứng lâm sàng, triệu chứng đau bụng là gặp nhiều nhất với 69,7%, không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỉ lệ 27,9%, có 1 trường hợp vào viện trong tình trạng sốc mất máu do u gan vỡ.

Kích thước khối u của 86 bệnh nhân nghiên

cứu trung bình là  $7,6 \pm 2,7$ cm (nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 15cm). Ở nhóm mỡ mỡ, kích thước u trung bình là  $8,6 \pm 2,7$ cm (nhỏ nhất là 3cm, lớn nhất là 15cm). Ở nhóm bệnh nhân chỉ định mổ nội soi: kích thước khối u trung bình là  $5,9 \pm 1,6$ cm (nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 9,3cm). Chúng tôi gặp u ở tất cả các hạ phân thùy của gan và phân thùy bên là vị trí hay gặp nhất với 27/86 trường hợp.

Phần lớn các bệnh nhân u gan lành tính không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ qua siêu âm hoặc khám bệnh vì tổn thương cơ quan khác, chỉ cần theo dõi định kỳ và không cần điều trị gì. Tuy nhiên, có khoảng 15% các trường hợp u gan lành tính gây triệu chứng, tăng kích thước nhanh hoặc nguy cơ thoái hóa ác tính cần chỉ định điều trị.<sup>3</sup>

Theo Hội Gan mật Châu Âu 2016, Adenoma (u tuyến gan) là khối u có nguy cơ biến đổi ác tính cao hơn các loại còn lại nên cần có thái độ tích cực trong việc điều trị. Chỉ định mổ bệnh nhân có khối u tuyến gan là: nam giới (bất kể kích thước), nữ giới có khối u kích thước  $>5$ m hoặc tăng kích thước trên 20% đường kính sau 6 tháng thay đổi lối sống. Các khối u khác chỉ định phẫu thuật được cân nhắc khi khối u gây triệu chứng, biến chứng, nghi ngờ ác tính.<sup>6</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định phẫu thuật chủ yếu là khối u có triệu chứng (đau bụng) chiếm 69,77%, một trường hợp biến chứng u gan vỡ (1,2%), đối với các bệnh nhân không triệu chứng, chỉ định gồm: khối u nghi ngờ ác tính, chẩn đoán trước mổ là adenoma, khối u tăng kích thước khi theo dõi định kỳ, khối u máu kích thước lớn ở những người vận động thể lực (đã tư vấn bệnh nhân các hướng điều trị và nguy cơ, bệnh nhân muốn mổ). Như vậy, chỉ định mổ cần cân nhắc trên từng bệnh nhân, xu hướng hiện nay là cá thể hóa điều trị.

Có hai cách thức phẫu thuật thường áp dụng trong phẫu thuật u gan lành tính là mổ mở và mổ nội soi, trong đó việc lựa chọn cách thức nào thì cần phải dựa vào vị trí u, kích thước u, kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật. Các HPT II, III, IV, V, VI được cho là "Hạ phân thùy nội soi" vì vị trí dễ tiếp cận, kích thước u không quá lớn cũng là chỉ định tốt cho phẫu thuật nội soi.<sup>7</sup>

Trong nghiên cứu của tôi có chỉ định mổ nội soi ở 31 bệnh nhân (36%) chủ yếu với các khối u nằm ở PTB, HPT IV, V, VI, trong số này có 4 bệnh nhân phải chuyển mổ mở, có 55 bệnh nhân (64%) được chỉ định mổ mở từ đầu. Phẫu thuật cắt gan nhỏ là chủ yếu với 80,2%, cắt gan lớn chiếm 19,8%. Phẫu thuật nội soi chủ yếu cho cắt gan nhỏ (26/27 trường hợp) có 1 trường hợp nội

soi cắt gan lớn là trường hợp cắt thùy trái mở rộng HPT IV.

**4.2. Kết quả phẫu thuật.** Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là  $117 \pm 39$  phút (mổ nội soi là  $107 \pm 39$  phút, mổ mở là  $120 \pm 37$  phút, nhóm mổ nội soi chuyển mổ mở có thời gian mổ lâu nhất, trung bình là  $154 \pm 38$  phút), nhanh nhất là 60 phút, lâu nhất là 260 phút. Có thể thấy rằng việc mổ nội soi có thời gian trung bình ngắn hơn so với việc mổ mở. Tuy nhiên cũng phải xét thêm khía cạnh rằng, trong nghiên cứu này, việc mổ nội soi thường áp dụng với cắt gan nhỏ, khối u có kích thước nhỏ, vị trí thuận lợi. Biến chứng chung sau mổ là 17,5% (15/86 trường hợp), chủ yếu chỉ cần điều trị nội khoa (12,8%), chỉ có 4 trường hợp cần can thiệp (4,7%) gồm: 2 trường hợp tràn dịch khoang màng phổi cần chọc hút, 2 trường hợp có ổ tụ dịch sau mổ cần chọc hút ổ dịch. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy biến chứng của nhóm mổ nội soi thấp hơn nhóm mổ mở (7,4% so với 21,8%). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Athur Elfrink năm 2021.<sup>8</sup>

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $8,2 \pm 2,4$  ngày (nhanh nhất là 4 ngày, lâu nhất là 16 ngày). Nhóm mổ nội soi có thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn nhóm mổ mở ( $6,8 \pm 1,6$  ngày so với  $8,7 \pm 2,6$  ngày). Kết quả này cũng giống với nghiên cứu của Nguyễn Khắc Đức (2021), của Athur Elfrink (2021).<sup>8</sup> Mổ nội soi so với mổ mở ít làm tổn thương thành bụng hơn, vết mổ nhỏ hơn nên sau mổ bệnh nhân đỡ đau hơn, dễ dàng tập vận động sau mổ, chăm sóc vết thương thuận tiện hơn, từ đó bệnh nhân nhanh hồi phục hơn nên làm giảm đáng kể thời gian nằm viện.

## V. KẾT LUẬN

U máu là loại u lành tính thường được chỉ định mổ (68,6%); triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng chiếm 69,7%. Chỉ định phẫu thuật khi khối u có triệu chứng, biến chứng, khối u nghi ngờ ác tính, khối u tăng kích thước khi theo dõi định kỳ, khối u máu kích thước lớn. Phẫu thuật cho kết quả tốt nhưng vẫn có biến chứng của mổ cắt gan. Vì vậy, chỉ định cắt gan do u gan lành thường phải cân nhắc chặt chẽ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gergely Nagy, Katalin Dezso, Gergely Kiss, et al.** Begin liver tumours - current diagnostics and therapeutic modalities. *Magy Onkol.* 2018 Mar 23; 62 (1): 5 - 13.
2. **Trịnh Hồng Sơn, Phạm Hoàng Hà.** Chẩn đoán và điều trị u cơ mỡ mạch của gan, báo cáo nhân một trường hợp. *Y học thực hành.* 2008; 2: 39-42.
3. **Đoàn Thanh Tùng, Đoàn Ngọc Giao.** U máu gan, chẩn đoán, chỉ định phẫu thuật và kết quả

- điều trị. Y học Việt Nam. 2006; 3(320): 9 - 17.
- Jiao-Ling L, Xiu-Ping G, Kun-Shan C, et al.** Huge fetal hepatic Hemangioma: prenatal diagnosis on ultrasound and prognosis. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):2. Published 2018 Jan 2.
  - Marrero, Jorge A MD1, Ahn, et al.** FACG3 on behalf of the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guideline: The Diagnosis and Management of Focal Liver Lesions. American Journal of Gastroenterology. 2014; 109(9): 1328-1347.
  - European Association for the Study of the Liver (EASL).** EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. J Hepatol. 2016;65(2):386-398.
  - Luca Vigano, D. Cherqui.** Hepatocellular Carcinoma Targeted Therapy and Multidisciplinary Care, Springer. 2011; 185-192.
  - Arthur K.E. Elfrink, Martijn P.D. Haring, Vincent E. de Meijer.** Surgical outcomes of laparoscopic and open resection of benign liver tumours in the Netherlands: a nationwide analysis. HPB, Volume 23, Issue 8. 2021; 1230-1243.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP ĐỐT SÓNG CAO TẦN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Quang Sang<sup>1</sup>, Trịnh Hồng Sơn<sup>2</sup>, Trịnh Quốc Đạt<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị phẫu thuật kết hợp đốt sóng cao tần từ 1/2018-12/2022. Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật kết hợp đốt sóng cao tần (ĐSCT) của nhóm BN trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 40 BN được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) đã được phẫu thuật kết hợp ĐSCT trong mổ tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2018 đến 12/2022. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình là 58,4 ± 9,6 tuổi (37-74 tuổi). Nam giới chiếm 80%. Phần lớn BN nhiễm viêm gan B, C; xơ gan mức độ Child -Pugh A (92%). Trên 50% BN có ngưỡng αFP trước mổ bình thường. Hầu hết u nằm ở 1 hạ phân thùy (HPT), phần lớn khối u nằm ở gan phải (%). Thời gian mổ trung bình của 40 BN là: 190 phút, thời gian mổ ở các nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt nhiều. Có 40% BN không phẫu thuật cắt gan mà chỉ đốt sóng cao tần, trong số BN có cắt gan, tỉ lệ cắt gan nhỏ chiếm phần lớn. Tỷ lệ tai biến trong mổ thấp (8%), tất cả đều được xử lý thành công trong mổ. Sau mổ chỉ có biến chứng nhẹ (chiếm 20%), tất cả đều được điều trị nội khoa thành công. Thời gian nằm viện trung bình là 9,5 ngày. **Kết luận:** nếu chức năng gan còn tốt, lượng gan cắt bỏ hợp lý (cắt gan nhỏ) + RFA trong mổ ở BN HCC đa ổ vẫn đảm bảo an toàn cho người bệnh.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, phẫu thuật, cắt gan, đốt sóng cao tần, biến chứng.

### SUMMARY

#### RESULTS OF SURGERY COMBINED WITH RADIOFREQUENCY ABLATION TO TREAT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Sang

Email: baki6789sbtc@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2024

Ngày duyệt bài: 27.3.2024

### HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

**Objectives:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of hepatocellular carcinoma patients treated with surgery combined with radiofrequency ablation from January 2018 to December 2022. Evaluate the early results of surgery combined with radiofrequency ablation in the above group of patients. **Method:** Retrospective descriptive study on 40 patients diagnosed with hepatocellular carcinoma who underwent surgery combined with intraoperative radiofrequency ablation at Viet Duc University Hospital from January 2018 to December 2022. **Results and discussion:** The average age was 58.4 ± 9.6 years (37-74 years). Men account for 80%. Most patients are infected with hepatitis B and hepatitis C; Child-Pugh A level cirrhosis. Over 50% of patients have a preoperative αFP threshold below the diagnostic threshold. Most tumors are located in one subsegment of the liver, the majority of tumors are located in the right liver. The rate of patients requiring preoperative biopsy is shallow. The average surgery time for 40 patients was 190 minutes. The surgery time in the study groups did not differ much. There are 40% of patients who do not have liver resection but only radiofrequency ablation. Among patients with liver resection, the proportion of small liver resections accounts for the majority. The rate of complications during surgery was low (8%), all of which were successfully treated during surgery. After surgery, there were only mild complications (accounting for 20%), all successfully treated medically. The average hospital stay was 9.5 days. **Conclusions:** Surgery combined with radiofrequency ablation in surgery to treat hepatocellular carcinoma is currently a safe and highly effective method in treating hepatocellular carcinomas.

**Keywords:** Hepatocellular carcinoma, surgery combined with radiofrequency ablation during surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những bệnh ác tính phổ biến trên thế giới và Việt Nam, số lượng người mắc mới hằng