

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÁI PHÁT SỚM SAU PHẪU THUẬT CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN

Phạm Ngọc Hùng¹, Trần Công Duy Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm phân tích một số yếu tố liên quan tới tái phát sớm sau mổ cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại bệnh viện đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ Tháng 1/2017 – Tháng 6/2022. **Đối tượng và phương pháp.** **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 238 bệnh nhân tái phát sau mổ cắt gan để điều trị ung thư tế bào gan. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Các yếu tố tuổi, viêm gan B, nồng độ AFP ≥ 400 ng/mL, tổn thương đa ổ, kích thước $u > 5$ cm, tình trạng xâm lấn mạch máu (đại thể và vi thể), phương pháp cắt gan theo giải phẫu, kích thước diện cắt < 1 cm là những yếu tố liên quan đến tái phát sớm trong vòng 6 tháng sau khi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan. Các yếu tố nồng độ AFP ≥ 400 ng/mL, xâm nhập mạch máu vi thể, kích thước diện cắt < 1 cm là yếu tố tiên lượng độc lập với tái phát sớm trong vòng 6 tháng sau mổ. **Từ khóa:** Ung thư gan, Phẫu thuật cắt gan, yếu tố liên quan, tái phát sớm

SUMMARY

RISK FACTORS OF EARLY RECURRENCE POST HEPATECTOMY IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: The study aimed at describing some risk factors relating to early recurrence after hepatectomy to treat hepatocellular carcinoma at Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy from January, 2017 to June, 2022. **Subjects and Method:** Subjects included 238 patients with recurrence after hepatectomy to treat hepatocellular carcinoma. Method was a cross-sectional study. **Results and conclusions:** age, hepatitis B, AFP concentration ≥ 400 ng/mL, multifocal lesion, tumor diameter > 5 cm, vascular invasion (macro and microscopy), anatomical hepatectomy method, cutting surface < 1 cm were risk factors relating to early recurrence within 6 months after the hepatectomy for treating hepatocellular carcinoma. Risk factors such as AFP concentration ≥ 400 ng/mL, vascular invasion, cutting surface diameter < 1 cm were independent risk factors to detect the early recurrence within 6 months after hepatectomy.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, Hepatectomy, risk factor, early recurrence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong mười loại ung thư phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam là ung thư gan, trong đó ung thư tế bào gan nguyên phát thường gặp nhất chiếm khoảng 80-90% các ca bệnh[1]. Theo GLOBOCAN 2020, mỗi năm thế giới ghi nhận 905.677 (4.7%) ca ung thư gan mắc mới và 830.180 (8.3%) trường hợp tử vong vì căn bệnh này. Tại Việt Nam, ung thư gan là bệnh lý có tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi ở nam là 38/100.000 dân và nữ là 9.8/100.000 dân[2].

Hiện nay trên thế giới có nhiều phác đồ hướng dẫn điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát tùy thuộc vào đặc điểm, giai đoạn của khối u. Trong đó ghép gan là biện pháp tối ưu nhất và cũng là duy nhất có thể giúp bệnh nhân điều trị ung thư tế bào gan lẫn các bệnh lý nền của gan. Tuy nhiên các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân ghép gan rất chặt chẽ đồng thời sự thiếu hụt nguồn tạng ghép so với số lượng bệnh nhân cần ghép tạng là một rào cản rất lớn cho bệnh nhân để tiếp cận phương pháp điều trị này. Do đó phẫu thuật được xem như lựa chọn phù hợp nhất hiện nay.

Mặc dù phẫu thuật cắt gan đã có những tiến bộ vượt bậc trong những năm qua nhưng tiên lượng lâu dài sau khi phẫu thuật còn nhiều hạn chế vì tỷ lệ tái phát còn cao từ 50 – 80% ngay cả với những ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát giai đoạn sớm [3]. Trong thực tế lâm sàng, tái phát thường gặp trong khoảng từ 6-24 tháng sau phẫu thuật và mốc thời gian 6 tháng được một số tác giả lựa chọn làm mốc phân biệt giữa tái phát sớm và tái phát muộn vì theo họ tái phát trong vòng 6 tháng sau mổ có tiên lượng rất xấu, thời gian sống thêm ngắn [6]⁹. Đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước được thực hiện nhằm đánh giá các yếu tố có liên quan đến tái phát sớm. Tuy nhiên vẫn có nhiều vấn đề còn đang tranh cãi đối đặc điểm và các yếu tố nguy cơ đối với tái phát sớm nói chung và tái phát trong vòng 6 tháng nói riêng. Từ tổng quan trên chúng tôi tiến đề tài nhằm mục tiêu nghiên cứu sau: *Phân tích một số yếu tố liên quan đến tái phát sớm của nhóm bệnh nhân phẫu thuật gan để điều trị ung thư tế bào gan.*

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, Hải Phòng

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Hùng

Email: dr.phamhung102@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tế bào gan tái phát tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ Tháng 1/2017 – Tháng 6/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư tế bào gan tái phát theo tiêu chuẩn của Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan của Mỹ (AASLD 2010)[4].

- Bệnh nhân tái phát lần đầu sau cắt gan điều trị ung thư tế bào gan

- Bệnh nhân đến theo dõi định kỳ sau phẫu thuật.

- Có thông tin hồ sơ bệnh án đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Không đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ

Chọn mẫu: tiện ích không xác suất. Thực tế lấy được 238 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Những bệnh nhân tái phát từ dưới 6 tháng sau mổ là ca bệnh, những bệnh nhân tái phát sau 6 tháng là bệnh nhân chứng được sử dụng để phân tích đơn biến và đa biến để tìm ra yếu tố liên quan đến tái phát sớm sau cắt gan điều trị ung thư tế bào gan.

2.2.3. Thời gian và địa điểm

- Thời gian: từ tháng 01/2017 đến tháng 6/2022 (5 năm).

- Địa điểm: Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2.2.4. Các chỉ số và biến số nghiên cứu

- Tuổi, giới
- Viêm gan (không/viêm gan B)
- Viêm gan (Không/Viêm gan B)
- Viêm gan (Không/Viêm gan C)
- Viêm gan (Không/viêm gan B + C)
- MELD ($\leq 9 / >9$)
- Mức AFP ($<400 / \geq 400$)
- Số lượng u (1 u/Đa ổ)
- Kích thước ($\leq 5 \text{ cm} / >5 \text{ cm}$)
- Huyết khối TMC (Không/Có)
- Xâm nhập mạch đại thể (Không/Có)
- Xâm nhập mạch vi thể (Không/Có)
- Độ biệt hoá (Vừa+Cao/Kém)
- Cắt gan (Không theo GP/Theo GP)
- Mức độ (Cắt gan lớn/Cắt gan nhỏ)
- Bờ phẫu thuật ($<1 \text{ cm} / \geq 1 \text{ cm}$)
- Tính chất diện cắt (R0/R1)
- Vỡ u (Không/Có)
- Mất máu ($<500 \text{ ml} / \geq 500 \text{ ml}$)

2.2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 26.0. Tính OR và AOR trong phân tích đơn biến và đa biến nhằm phát hiện yếu tố liên quan đến tái phát sớm những bệnh nhân ung thư tế bào gan được điều trị phẫu thuật cắt gan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu được 238 bệnh nhân trong đó Có 207 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 87% và 31 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 13%. Tỷ lệ nam/nữ là: 6,7/1, Tuổi trung bình của đối tượng $59 \pm 12,06$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 27 tuổi, tuổi cao nhất là 81 tuổi, lứa 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất 32,7%.

3.2. Các yếu tố liên quan đến tái phát sớm

Bảng 3.1: Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến tái phát ≤ 6 tháng

Biến số	OR	KTC 95%	Giá trị p
Tuổi	0.98	0.95, 1.00	0.044
Giới (Nam/Nữ)	0.71	0.29, 1.61	0.434
Viêm gan (Không/Viêm gan B)	2.34	1.01, 6.13	0.041
Viêm gan (Không/Viêm gan C)	1.38	0.46, 4.28	0.565
Viêm gan (Không/Viêm gan B+C)	0.67	0.03, 4.87	0.727
MELD ($\leq 9 / >9$)	2.32	0.95, 5.69	0.062
Mức AFP ($<400 / \geq 400$)	3.80	2.06, 7.12	<0.001
Số lượng u (1 u/Đa ổ)	1.8	1.09, 3.25	0.043
Kích thước ($\leq 5 \text{ cm} / >5 \text{ cm}$)	2.62	1.51, 4.65	<0.001
Huyết khối TMC (Không/Có)	5.97	2.54, 15.3	<0.001
Xâm nhập mạch đại thể (Không/Có)	4.25	2.08, 8.92	<0.001
Xâm nhập mạch vi thể (Không/Có)	5.87	3.27, 10.8	<0.001
Độ biệt hoá (Vừa+Cao/Kém)	1.81	0.83, 3.85	0.127
Cắt gan(Không theo GP/Theo GP)	2.03	1.07, 4.09	0.037

Mức độ (Cắt gan lớn/Cắt gan nhỏ)	0.46	0.25, 0.85	0.013
Bờ phẫu thuật (<1cm / ≥1 cm)	0.39	0.21, 0.69	0.001
Tính chất diện cắt (R0/R1)	1.95	0.66, 5.65	0.213
Vỡ u (Không/Có)	1.23	0.31, 4.21	0.747
Mất máu (<500ml/≥500 ml)	1.27	0.30, 2.77	0.952

Nhận xét: Phân tích bằng mô hình hồi quy logistic đơn biến

- Yếu tố tuổi tăng lên có liên quan tới việc giảm đi 2% nguy cơ tái phát trong vòng 6 tháng.

- Mức viêm gan B làm tăng 2.34 lần nguy cơ tái phát trong vòng 6 tháng so với bệnh nhân không mắc viêm gan B

- Nồng độ AFP ≥400 làm tăng 3.8 lần nguy cơ tái phát trong vòng 6 tháng so với mức AFP < 400.

- Khối u có kích thước > 5cm làm tăng 2.62 lần nguy cơ tái phát trong vòng 6 tháng so với khối u có kích thước ≤ 5cm.

- Tổn thương đa ổ có nguy cơ tái phát trong vòng 6 tháng cao gấp 1.8 lần so với tổn thương đơn độc.

- Huyết khối TMC làm tăng 5.97 lần nguy cơ tái phát trong vòng 6 tháng so với bệnh nhân không có huyết khối TMC.

- Xâm nhập mạch máu đại thể tăng 4.25 lần nguy cơ tái phát trong vòng 6 tháng so với không có tình trạng xâm nhập mạch máu đại thể

- Xâm nhập mạch máu vi thể tăng 5.87 lần xác suất tái phát trong vòng 6 tháng so với không có tình trạng xâm nhập mạch máu đại thể

- Cắt gan theo giải phẫu tăng 2,03 lần xác suất tái phát trong vòng 6 tháng so với bệnh nhân cắt gan không theo giải phẫu

- Cắt gan nhỏ làm giảm 54% nguy cơ tái phát trong vòng 6 tháng so với bệnh nhân cắt gan lớn.

- Bờ phẫu thuật ≥ 1 cm làm giảm 61% nguy cơ tái phát trong vòng 6 tháng so với bệnh nhân có kích thước diện cắt < 1cm.

- Các yếu tố giới tính, viêm gan C, độ biệt hoá, tính chất diện cắt, tình trạng vỡ u, tình trạng mất máu có sự khác biệt không có ý nghĩa khi phân tích đơn biến.

Bảng 3.2: Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tái phát ≤ 6 tháng

Biến số	AOR	KTC 95%	Giá trị p
Tuổi	1.00	0.97, 1.03	0.933
Viêm gan (Không/Viêm gan B)	3.23	0.94, 15.0	0.087
Viêm gan (Không/Viêm gan C)	2.17	0.50, 11.5	0.321
Viêm gan (Không/Viêm gan B+C)	1.55	0.07, 17.0	0.735
Mức AFP (< 400 / ≥)	2.31	1.06, 5.03	0.034

400)			
Số lượng u (1 u/Đa ổ)	1.08	0.52, 2.22	0.831
Kích thước (≤5 cm / >5 cm)	1.38	0.68, 2.8	0.377
Huyết khối TMC (Không/Có)	1.87	0.06, 61.2	0.694
Xâm nhập mạch đại thể (Không/Có)	1.13	0.27, 4.42	0.840
Xâm nhập mạch vi thể (Không/Có)	4.85	2.50, 9.64	<0.001
Cắt gan(Không theo GP/Theo GP)	1.83	0.86, 4.17	0.123
Bờ phẫu thuật (<1cm / ≥1 cm)	0.49	0.24, 0.98	0.046

Nhận xét: Phân tích bằng mô hình hồi quy logistic đa biến. Lựa chọn các biến có p<0.05 khi phân tích đơn biến đưa vào mô hình. Mức AFP ≥ 400; bờ phẫu thuật < 1 cm; Tình trạng xâm nhập mạch vi thể là những yếu tố tiên lượng độc lập cho nguy cơ tái phát sớm trong vòng 6 tháng sau mổ cắt gan.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Giới. Số lượng bệnh nhân nam, nữ trong nghiên cứu chiếm lần lượt là: 87% và 13% (xem kết quả). Tỷ lệ nam/nữ là 6.7/1, nam giới chiếm đa số.

Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương với nhiều nghiên cứu trong nước đã công bố trước đây như Trần Công Duy Long[1], là 3/1.

4.1.2. Tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 57.3 ± 12.1, tuổi thấp nhất là 27 tuổi, cao nhất là 81 tuổi. Tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 50 – 59, 60 – 69 tuổi, chiếm tỷ lệ lần lượt là: 24.4%, 32.8% (Xem kết quả).

Tại Việt Nam, tuổi trung bình mắc bệnh theo Trần Công Duy Long[1] là 55,8 tuổi.

Chúng tôi thấy độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tái phát sớm (55 ±11.8 tuổi) thấp hơn một cách có ý nghĩa với độ tuổi trung bình của bệnh nhân ở nhóm tái phát muộn (58.4 ± 12.1 tuổi) với p ≤ 0.05. Kết quả này của chúng tôi tương tự một số tác giả như của Xing H [5] (2020).

4.2. Một số yếu tố liên quan tái phát sớm (≤ 6 tháng). Trên mô hình phân tích đa biến, 3 yếu tố liên quan tới ung thư gan tái phát sớm gồm nồng độ AFP, tình trạng xâm nhập mạch máu và bờ phẫu thuật.

4.2.1. Liên quan giữa nồng độ AFP và tái phát sớm. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, nồng độ AFP trước mổ ≥ 400 là một yếu tố liên quan đến tái phát sớm. Trong đó nhóm bệnh nhân có nồng độ AFP ≥ 400 có nguy cơ tái phát trong vòng 6 tháng cao hơn gấp 3,8 lần so với nhóm bệnh nhân có AFP < 400 ($p < 0,001$). Trong mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận rằng nồng độ AFP trước mổ ≥ 400 là một yếu tố tiên lượng độc lập với tái phát sớm với OR(95% CI) là 2.31(1,06-5,03); $p=0,034$.

Nghiên cứu của Phan Văn Thái [6], nhóm bệnh nhân có nồng độ AFP trước mổ ≥ 200 ng/mL có nguy cơ tái phát trong vòng 6 tháng cao hơn gấp 3.8 lần so với nhóm có AFP trước mổ < 200 ng/mL với $p = 0,024$. Tuy nhiên khi phân tích đa biến, các tác giả này chưa kết luận được mức độ liên quan của AFP với tái phát sớm.

Tác giả Shimoda M [7] (2016) khi đánh giá các yếu tố liên quan đến tái phát trong vòng 6 tháng sau cắt gan do ung thư tế bào gan cũng thấy rằng, nồng độ AFP ≥ 250 ng/mL là yếu tố tiên lượng độc lập của tái phát sớm trong vòng 6 tháng. Nhóm bệnh nhân có ngưỡng nồng độ AFP ≥ 250 ng/mL có nguy cơ tái phát sớm trong 6 tháng cao gấp 6,93 lần so với nhóm có nồng độ AFP < 250 ng/mL với $p < 0,05$.

4.2.2. Liên quan giữa tình trạng xâm nhập mạch máu và tái phát sớm. Khi phân tích đơn biến tình trạng xâm lấn mạch máu, nhóm bệnh nhân có xâm lấn mạch máu đại thể có nguy cơ tái phát sớm trong vòng 6 tháng cao gấp 4,25 lần so với nhóm bệnh nhân không có xâm lấn mạch máu đại thể, $p < 0,001$. Tương tự, chúng tôi cũng thấy nhóm bệnh nhân có tình trạng xâm lấn mạch máu mức độ vi thể cũng là yếu tố liên quan đối với tái phát sớm trong vòng 6 tháng với OR= 5,87, $p < 0,001$. Trong mô hình phân tích đa biến, chúng tôi thấy rằng xâm nhập mạch máu vi thể là yếu tố tiên lượng độc lập với tái phát trong vòng 6 tháng OR(95%CI) là 4,85 (2,5-9,64); $p < 0,001$.

Tác giả Nguyễn Đình Song Huy[8] khi khảo sát các yếu tố liên quan tái phát ở 1704 tại bệnh viện Chợ Rẫy thấy rằng, xâm nhập mạch máu là yếu tố tiên lượng độc lập đối với tái phát khi phân tích đa biến.

Kwon S.K [9] và cộng sự khi phân tích các yếu tố tiên lượng tái phát sớm đã phân chia xâm lấn mạch máu thành nhiều phân nhóm nhỏ là xâm lấn tĩnh mạch cửa, xâm lấn đường mật, xâm lấn tĩnh mạch gan. Qua đó nhóm tác giả thấy rằng, tất cả các yếu tố xâm lấn đều có liên quan

đến tái phát sớm khi phân tích đơn biến, tuy nhiên trong mô hình phân tích đa biến lại chưa thấy có ý nghĩa.

4.2.3. Liên quan bờ phẫu thuật và tái phát sớm. Bờ phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi chia thành 2 nhóm (≥ 1 cm và < 1 cm). Khi phân tích đơn biến, chúng tôi thấy kích thước bờ phẫu thuật là một yếu tố liên quan đến tái phát sớm, nhóm bệnh nhân có bờ phẫu thuật ≥ 1 cm giảm được 61% nguy cơ tái phát sớm trong vòng 6 tháng với $p=0,001$, trong mô hình phân tích đa biến, kết quả của chúng tôi thấy rằng bờ phẫu thuật ≥ 1 cm là một yếu tố tiên lượng độc lập đối với tái phát sớm sau mổ cắt gan điều trị ung thư tế bào gan, $p=0,039$. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng phân tích sự liên quan của tính chất diện cắt đối với tình trạng tái phát sớm, tuy nhiên nhóm nghiên cứu không thấy có sự liên quan giữa tính chất diện cắt và tình trạng tái phát sớm. Điều này có thể là do số lượng chênh lệch giữa 2 nhóm diện cắt âm tính và dương tính. Do đó cần một nghiên cứu khác với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá thêm về mối liên quan của tình trạng diện cắt đối với tái phát sớm.

Tác giả Nguyễn Thành Tiến Dũng[10] không thấy có sự liên quan một cách có ý nghĩa giữa diện cắt với tái phát sớm trong nghiên cứu của mình năm 2019.

V. KẾT LUẬN

Một số yếu tố liên quan đến tái phát sớm trong vòng 6 tháng sau mổ

- Các yếu tố tuổi, viêm gan B, nồng độ AFP ≥ 400 ng/mL, tổn thương đa ổ, kích thước u > 5 cm, tình trạng xâm lấn mạch máu (đại thể và vi thể), phương pháp cắt gan theo giải phẫu, kích thước diện cắt < 1 cm là những yếu tố liên quan đến tái phát sớm trong vòng 6 tháng sau khi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan.

- Các yếu tố nồng độ AFP ≥ 400 ng/mL, xâm nhập mạch máu vi thể, kích thước diện cắt < 1 cm là yếu tố tiên lượng độc lập với tái phát sớm trong vòng 6 tháng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Công Duy Long.** Đánh giá vai trò phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2016.
2. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Ca Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-249.
3. **Hirokawa F, Hayashi M, Asakuma M, et al.** Risk factors and patterns of early recurrence after curative hepatectomy for hepatocellular

- carcinoma. Surg Oncol. 2016;25:24-29.
- Bruix J, Sherman M.** Management of hepatocellular carcinoma: an update. Hepatology. 2011;53(3):1020-1022.
 - Xing H, Zhang WG, Cescon M, et al.** Defining and predicting early recurrence after liver resection of hepatocellular carcinoma: a multi-institutional study. HPB. 2020;22(5):677-689. doi: 10.1016/j.hpb.2019.09.006
 - Phan Văn Thái,** Đặc Điểm Ung Thư Tế Bào Gan Tái Phát Sau Phẫu Thuật. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh; 2014.
 - Shimoda M, Tago K, Shiraki T, et al.** Risk factors for early recurrence of single lesion hepatocellular carcinoma after curative resection. World J Surg. 2016;40(10):2466-2471
 - Nguyễn Đình Song Huy, Bành Trung Hiếu.** Các yếu tố tiên lượng tái phát sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Tạp Chí Dược Lâm Sàng 108. 2022;17(7):184-192.
 - Kwon SK, Yun SS, Kim HJ, Lee DS.** The risk factors of early recurrence after hepatectomy in hepatocellular carcinoma. Ann Surg Treat Res. 2014;86(6):283-288.
 - Nguyễn Thành Tiên Dũng.** Giá Trị Tiên Của PIVKA II Trong Tiên Đoán Tái Phát Sớm Ung Thư Tế Bào Gan Sau Cắt Gan. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2019.

BẢO TỒN GIẢI PHẪU MẠCH MÁU THÀNH BỤNG TRONG TẠO HÌNH THÀNH BỤNG BẰNG KỸ THUẬT SALDANHA

Hoàng Mạnh Ninh¹, Trần Hồng Quân¹

TÓM TẮT

Tạo hình thành bụng (THTB) kèm hút mỡ bụng ngày càng phát triển và có nhiều cải tiến quan trọng tránh giảm các biến chứng sau phẫu thuật. Năm 2001, kỹ thuật Saldanha ra đời dựa trên nguyên tắc bảo tồn giải phẫu mạch máu thành bụng thông qua bảo tồn các mạch xuyên, giúp giải quyết những vấn đề của phương pháp THTB cổ điển như giảm tối thiểu các biến chứng sau phẫu thuật như hoại tử, tụ dịch, tụ máu... Kỹ thuật này đã được ứng dụng rộng rãi tại Việt Nam tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo thực hành. Chúng tôi báo cáo 2 ca bệnh thực hiện THTB bằng kỹ thuật Saldanha tại Bệnh viện Bưu Điện đồng thời phân tích nguyên tắc của kỹ thuật này dựa trên giải phẫu mạch máu thành bụng. **Từ khóa:** Tạo hình thành bụng kèm hút mỡ bụng, Tạo hình thành bụng, Kỹ thuật Saldanha, Giải phẫu mạch máu thành bụng

SUMMARY

PRESERVER ABDOMINAL WALL VASCULAR ANATOMY IN ABDOMINOPLASTY USING SALDANHA'S TECHNIQUE

Abdominoplasty with liposuction (Lipoabdominoplasty) is increasingly developing and has many important improvements to avoid reducing post-operative complications. In 2001, Saldanha published the Saldanha technique based on the principle of preserver abdominal wall vascular anatomy through the preservation of the perforating vessels, helping to solve the problems of the classic abdominoplasty such as minimizing post-operative complications such as necrosis, seroma, hematoma... This technique has been widely applied in Vietnam but

there are not many practice reports. We reported 2 cases of abdominoplasty using the Saldanha technique at Hospital of Post and Telecommunications and analyze the principles of this technique based on abdominal wall vascular anatomy. **Keywords:** Lipoabdominoplasty, Abdominoplasty, Saldanha's Technique, abdominal wall vascular anatomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở phụ nữ, có nhiều nguyên nhân gây tích mỡ bụng như: làm việc văn phòng ngồi nhiều, ít vận động, hoặc sau sinh khiến vùng bụng trở nên chảy xệ, lỏng lẻo. Vấn đề này khiến cho họ trầm cảm, tự ti và tìm đến các phương pháp loại bỏ lượng mỡ thừa này, giúp cơ thể trở nên thon gọn hơn.

Từ cuối những năm 1960, phẫu thuật THTB cổ điển đã ra đời nhằm giải quyết những vấn đề trên. Phương pháp này thực hiện bóc tách lượng lớn mô mỡ dưới da và một phần mô da, giúp giảm lượng mỡ thừa một cách đáng kể. Tuy nhiên, khi thực hiện phẫu thuật này, hệ mạch nuôi mô da và tổ chức dưới da thành bụng trước bị phá hủy gây ra nhiều biến chứng mà nặng nề nhất là hoại tử thành bụng¹. Trải qua nhiều năm, THTB kết hợp hút mỡ bụng ra đời và càng được cải tiến. Năm 2001 Saldanha và cộng sự đã lần đầu tiên công bố phương pháp THTB bằng kỹ thuật Saldanha dựa trên định nghĩa giải phẫu mạch xuyên tại thành bụng. Phương pháp này bảo tồn được khoảng 80% lượng máu cung cấp cho thành bụng so với phương pháp THTB cổ điển, đồng thời bảo tồn được hệ thần kinh và bạch huyết của vùng này. Nhờ đó, các biến chứng trong THTB có hút mỡ đã được cải thiện và hạn chế đáng kể^{2,3}.

Ở Việt Nam, nhiều bệnh viện đã áp dụng kỹ thuật này, tuy nhiên chưa có nhiều bài báo về kỹ

¹Bệnh Viện Bưu Điện

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Ninh

Email: drhoangmanhninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.4.2024