

khớp nối IS/OS, thiếu máu hoàng điểm, xuất tiết cứng hồ hoàng điểm, nang trong hồ hoàng điểm)

## V. KẾT LUẬN

Liệu pháp ranibizumab trong điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường có tỷ lệ thành công về giải phẫu và chức năng đáng khả quan. Yếu tố thành công này một phần phụ thuộc vào thị lực nền, độ dày võng mạc trung tâm nền, mức độ tổn thương vùng hoàng điểm như: thiếu máu, tổn thương khớp nối IS/OS, xuất tiết cứng hồ hoàng điểm, tổn thương thần kinh võng mạc,...

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Diabetic Retinopathy Clinical Research Network, Elman MJ, Aiello LP, Beck RW, et al.** (2010), "Randomized trial evaluating ranibizumab plus prompt or deferred laser or triamcinolone plus prompt laser for diabetic macular edema." *Ophthalmology*;117:1064-77.
2. **Juliana C. N. Chan, MBChB, Vasanti Malik, Weiping Jia, Takashi Kadowaki,** (2009), "Diabetes in Asia Epidemiology, Risk Factors, and Pathophysiology", *JAMA*; 301(20):pp.2129-2140.
3. **Klein, R., et al.** (1984), "The Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy. IV.

- Diabetic macular edema". *Ophthalmology*. 91(12): p. 1464-74.
4. **Miller EC, Capps BE, Sanghani RR, et al.** (2007), "Regulation of igf-I signaling in retinal endothelial cells by hyperglycemia." *Invest Ophthalmol Vis Sci*;48(8):3878-87.
  5. **Nguyen QD, Brown DM, Marcus DM, et al,** RISE and RIDE Research Group. (2012), "Ranibizumab for diabetic macular edema: results from 2 phase III randomized trials: RISE and RIDE". *Ophthalmology*; 119:789-801.
  6. **Nguyen QD, Tatlipinar S, Shah SM, et al:** READ-1 (2006), "Vascular endothelial growth factor is a critical stimulus for diabetic macular edema". *Am J Ophthalmol*;142:961-9.
  7. **Nguyen Quan Dong, MD, Syed Mahmood Shah, et al** (2009), "Primary End Point (Six Months) Results of the Ranibizumab for Edema of the macula in Diabetes (READ-2) Study" *Ophthalmology*;116:pp.2175-2181.
  8. **Panozzo, G., et al.** (2004), "Diabetic macular edema: an OCT-based classification". *Semin Ophthalmol*. 19(1-2): p. 13-20.
  9. **Raj Maturi, et al** (2015), "Exploratory Analysis of Persistent Macular Thickening Following Intravitreal Ranibizumab for Center-Involved Diabetic Macular Edema" *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, Vol.56(7), 1732.

## KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT CẮT THÙY GAN TRÁI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Phạm Thế Anh<sup>1</sup>, Trịnh Huy Phương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt thùy gan trái điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 47 bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy gan trái điều trị HCC tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K từ tháng 10/2021 đến hết tháng 12/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nam:nữ: 3,7:1. Độ tuổi trung bình: 59,9. Có 78,7% bệnh nhân mắc viêm gan B. Lý do vào viện chiếm tỉ lệ nhiều nhất: Tình cờ phát hiện u gan 55,3%. Chỉ số AFP trung bình: 667,3 ± 1740,9 ng/ml; kích thước u trung bình trên cắt lớp vi tính: 3,9 ± 2,0 cm. Đa số bệnh nhân được mở bụng theo đường trắng giữa trên rốn (89,4%). Có 21,3% bệnh nhân kiểm soát cuống gan toàn bộ. Thời gian phẫu thuật trung bình: 83,6 ± 26,1 phút. Thời gian kẹp cuống trung bình: 11,3 ± 5,5 phút. Không có trường hợp nào tai biến và truyền máu trong mổ. Không có biến chứng sau mổ. Thời gian hậu phẫu trung bình: 6,6 ± 1,6

ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thùy gan trái điều trị HCC là phẫu thuật an toàn và cho kết quả tốt.

**Từ khóa:** Cắt gan thùy gan trái, ung thư biểu mô tế bào gan.

### SUMMARY

#### SHORT-TERM OUTCOME OF LEFT LATERAL SECTIONECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

**Objective:** Hepatectomy is a curative treatment option for hepatocellular carcinoma (HCC). This study aimed to evaluate the early outcomes of left hepatectomy for HCC at K Hospital. **Patients and methods:** A retrospective cohort study was conducted on 47 patients who underwent left hepatectomy for HCC at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Hospital K, from October 2021 to December 2023. **Results:** The male-to-female ratio was 3.7:1. The mean age was 59.9 years. Hepatitis B virus infection was present in 78.7% of patients. The most common reason for admission was incidental detection of liver tumor (55.3%). The mean AFP level was 667.3 ± 1740.9 ng/ml; the mean tumor size on computed tomography was 3.9 ± 2.0 cm. The majority of patients underwent a midline supraumbilical incision (89.4%). Total hepatic pedicle clamping was performed in 21.3% of patients. The

<sup>1</sup>Bệnh viện K Cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

mean operation time was 83.6 ± 26.1 minutes. The mean Pringle maneuver time was 11.3 ± 5.5 minutes. There were no cases of intraoperative complications or blood transfusion. No postoperative complications were observed. The mean postoperative hospital stay was 6.6 ± 1.6 days. **Conclusion:** Left hepatectomy for HCC is a safe and effective procedure with good early outcomes. **Keywords:** Left lateral sectionectomy, hepatocellular carcinoma.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là bệnh lý ác tính nguyên phát của gan. Theo tổ chức nghiên cứu ung thư toàn cầu (GLOBOCAN) năm 2020, ở Việt Nam, HCC là ung thư phổ biến nhất ở nam giới và thứ 5 ở nữ giới với số ca mới mắc là 26418 ca, đồng thời tỉ lệ tử vong đứng hàng đầu, chiếm 20.6% trong tổng số các loại ung thư [1]. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được áp dụng như: cắt gan, ghép gan, đốt nhiệt cao tần, tiêm cồn qua da, nút mạch... tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp điều trị triệt căn trong trường hợp không đủ điều kiện ghép gan. Theo cách phân chia gan của Tôn Thất Tùng nửa gan trái được chia thành hai phân thùy là phân thùy giữa (HPT 4) và phân thùy bên (thùy gan trái) ngăn cách nhau bởi khe dây chằng tròn (khe rốn) [2]. Cắt thùy gan trái gồm cắt bỏ các hạ phân thùy 2 và 3, là một cắt gan nhỏ, áp dụng cho các khối u kích thước nhỏ, nằm khu trú ở thùy gan trái, ít biến chứng sau mổ. Tại Bệnh viện K, cắt thùy gan trái là phẫu thuật được thực hiện thường quy. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của HCC và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt thùy gan trái trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.*

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 47 bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy gan trái tại bệnh viện K từ tháng 10.2021 đến tháng 12.2023

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy gan trái điều trị HCC không có huyết khối tĩnh mạch cửa, không có di căn ngoài gan.
- 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. Các bước phẫu thuật cắt gan thùy gan trái điều trị ung thư biểu mô tế bào gan**

Bước 1: Mở bụng đường chữ J phải hoặc đường trắng giữa trên rốn

Bước 2: Đánh giá tổng thể ổ bụng, hạch

cuồng gan, nhu mô gan còn lại.

Bước 3: Giải phóng gan: Cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác trái, dây chằng vành trái.

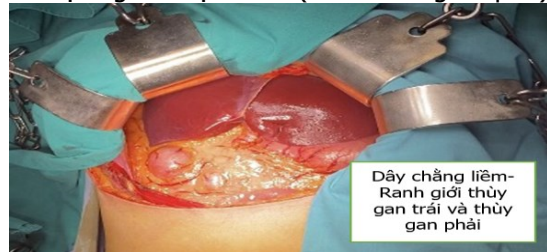
Bước 4: Cắt nhu mô gan

Diện cắt gan nằm bờ bên trái dây chằng liềm. Trong quá trình cắt nhu mô gan có thể cặp cuồng gan toàn bộ, theo nguyên tắc 15 phút cặp, 5 phút nghỉ.

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

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

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



**Hình 1: Ranh giới nhu mô thùy gan trái và thùy phải**

*Nguồn: BN Hà Kim T., 63T, Số HS: 230269362*

Bước 5: Cầm máu diện cắt gan

Khâu cầm máu nhu mô gan bằng chỉ prolene 4/0, 5/0.

Bước 6: Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, đóng bụng

**2.4. Các chỉ số nghiên cứu.** Đặc điểm chung: Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ. Đặc điểm lâm sàng; đặc điểm cận lâm sàng trước và sau mổ. Kết quả phẫu thuật: biến chứng trong mổ, biến chứng sớm sau mổ, 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.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

**Bảng 1: Đặc điểm chung**

<b>Đặc điểm tuổi, giới</b>	
Giới (nam/nữ)	3.7/1
Tuổi	59,9±10,0 (38-80)
<b>Yếu tố nguy cơ</b>	
HBV (%)	78,7
HCV (%)	8,5
Nghiện rượu	17

<b>Lý do vào viện</b>	
Tình cờ phát hiện u gan (%)	55,3
Đau bụng hạ sườn phải (%)	34

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình: 59,9 ± 10,0 tuổi, bệnh nhân trẻ nhất: 38 tuổi, bệnh nhân lớn nhất: 80 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 3,7/1. HBsAg (+): 78,7%, HCV (+): 8,5%. Lý do vào viện chủ yếu: tình cờ phát hiện u gan (55,3%).

**3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

**Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ**

<b>Triệu chứng cơ năng</b>	
Đau bụng (n, %)	34
Gầy sút cân (n, %)	8,5
<b>Đặc điểm cận lâm sàng</b>	
AFP trung bình (ng/ml)	667,3±1740,9
AFP > 400 (n, %)	13 (27,7)
Kích thước trung bình u trên CT (cm)	3,9 ± 2,0
Kích thước u < 5cm (n, %)	41(87,2)

**Nhận xét:** Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng (34%). AFP trung bình: 667,3 ± 1740,9 ng/ml; kích thước trung bình u trên CT: 3,9 ± 2,0 cm, tỉ lệ u < 5cm: 87,2%.

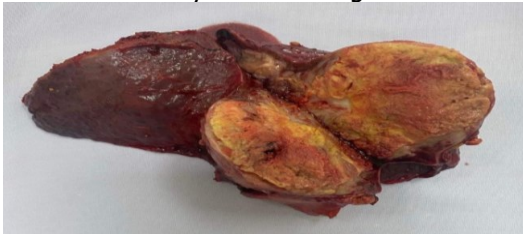
**3.3. Kết quả phẫu thuật**

**3.3.1. Kết quả trong mổ**

**Bảng 3: Kết quả trong mổ**

<b>Đặc điểm</b>		
Kiểm soát cuống toàn bộ (n, %)	Có	10 (21,3)
	Không	37 (78,7)
Đường mổ (n, %)	Trắng giữa trên rốn	42 (89,4)
	Chữ J phải	5 (10,6)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	83,6±26,1	
Thời gian cặp cuống trung bình (phút)	11,3±5,5	
Số BN phải truyền máu (n,%)	0	

**Nhận xét:** Có 89,4% trường hợp sử dụng đường mổ trắng giữa trên rốn. Chỉ có 21,3% BN có kiểm soát cuống toàn bộ. Thời gian cặp cuống trung bình: 11,3 ± 5,5 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình: 83,6 ± 26,1 phút. Không có bệnh nhân nào truyền máu trong mổ.



**Hình 2. Bệnh phẩm sau mổ: thùy gan trái**  
 Nguồn: BN Kim Thanh D. 40T, số BA: 230380642

**3.3.2. Kết quả sớm sau mổ**

**3.3.3. Biến chứng.** Không ghi nhận biến chứng sau mổ. Không có trường hợp nào nằm

điều trị tại khoa hồi sức.

**3.3.4. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật.** Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 6,6 ± 1,6 ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 15 ngày. Không có trường hợp tử vong trong 1 tháng sau mổ

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung.** Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là 59,9 tuổi, bệnh nhân trẻ nhất 38 tuổi, bệnh nhân cao nhất là 80 tuổi, tỷ lệ nam/nữ: 3,7/1. Theo các tác giả, tỷ lệ mắc ung thư gan tăng theo độ tuổi, thường gặp ở người lớn tuổi do thời gian nhiễm bệnh lâu ngày (viêm gan B, uống rượu) có nhiều nguy cơ dẫn đến xơ gan và là yếu tố thuận lợi để phát triển thành ung thư gan, trong nghiên cứu của Nishikawa độ tuổi trung bình là 67,7 tuổi [3a], [3b], [3c]. Kết quả nghiên cứu của các tác giả như Yamashita (2007) cho kết quả tỷ lệ nam/nữ: 5,28/1 và Tanaka. K là 7/1[4]. Viêm gan B có mối liên quan chặt chẽ với tỷ lệ mắc bệnh, thống kê Bảng 1 có 78,7% các trường hợp mắc viêm gan B, nguy cơ mắc ung thư biểu mô tế bào gan ở người nhiễm HBV bị ảnh hưởng bởi các yếu tố liên quan đến virus, vật chủ, chế độ ăn uống và lối sống. Trong số các bệnh nhân HCC liên quan đến HBV, xơ gan không xuất hiện ở một phần ba số bệnh nhân. Điều này trái ngược với các bệnh lí gan do nguyên nhân khác, trong đó xơ gan là nguyên nhân gây bệnh gan với mô bệnh học chiếm đa số (80%). Đồng nhiễm với các virus đặc hiệu khác ở gan đã được ghi nhận làm tăng nguy cơ mắc HCC: virus viêm gan C mãn tính (HCV) virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV), viêm gan virus D (HDV) [5].

**4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.** Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất trong nghiên cứu là đau bụng (34%). Theo tác giả Lê Văn Thành (2016) triệu chứng đau bụng khi vào viện chiếm 75,0% [6]. Nghiên cứu cho thấy: AFP trung bình 667,3 ± 1740,9 ng/ml (Bảng 2). Nghiên cứu của Yamamoto và cộng sự năm 2010 cho kết quả có sự tương quan một cách có ý nghĩa về AFP (p < 0,05) khi kích thước khối u tăng và khi khối u xâm lấn mạch máu. Mặc dù vậy nồng độ AFP không đặc hiệu để chẩn đoán HCC, AFP có giá trị trong việc theo dõi nguy cơ tái phát và kết quả điều trị đối với các trường hợp AFP tăng cao trước mổ, nhất là với các trường hợp AFP > 400 ng/ml [7]. Nghiên cứu của chúng tôi có 27,7% trường hợp AFP > 400 ng/ml. Nghiên cứu của Lê Văn Thành (2013) qua 96 trường hợp cắt gan điều trị HCC cho thấy:

Nồng độ AFP cao hơn bình thường: 66,7%, trong đó AFP > 400ng/ml: 22,9% [6].

Khối u có kích thước lớn nhất là 11cm, khối u này nằm hoàn toàn ở thùy gan trái và bệnh nhân đến viện khi khối u đã vỡ. Trường hợp này, chúng tôi tiến hành mổ cắt thùy gan trái theo đường mở chữ J phải. Kích thước trung bình khối u trong nghiên cứu:  $3,9 \pm 2,0$  cm, 87,2% bệnh nhân trong nghiên cứu có u < 5cm, kết quả này tương đồng tác giả E. Herrero Fonollosa (2011) với kích thước khối u trung bình 3,5cm [8].

### 4.3. Kết quả phẫu thuật

**4.3.1. Kết quả trong mổ.** Đường mổ: Việc lựa chọn rạch da theo đường trắng giữa hay chữ J phụ thuộc vào kích thước u, vị trí u và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nghiên cứu của Seoung Hoon Kim và Young Kyu Kim năm 2012, đường trắng giữa trên rốn đã được sử dụng thành công trong 308 ca cắt gan từ năm 2006 đến năm 2010 ở tất cả các bệnh nhân có khối u  $\leq 5$  cm, chiều dài trung bình của vết mổ là 16,4 cm (12 – 20 cm). Thời gian phẫu thuật trung bình là 189 phút (54 – 305 phút). Tác giả cho rằng việc đảm bảo an toàn và phẫu trường đủ rộng rãi cho việc cắt bỏ, chiều dài vết mổ ngắn hơn sẽ tạo điều kiện cho bệnh nhân phục hồi tốt hơn. Nghiên cứu của chúng tôi có 41% bệnh nhân có kích thước u < 5 cm. Có 89,4% BN trong nghiên cứu được mở bụng theo đường trắng giữa trên rốn, nhu mô gan thùy trái nằm ở vùng thượng vị và nông nhất so với nhu mô gan phần còn lại, vì vậy dễ dàng tiếp cận và di động, do đó chúng tôi sử dụng đường mổ trắng giữa trên rốn là đường tiếp cận chủ yếu và cho kết quả tốt.

Kiểm soát cuống gan: Tất cả trường hợp có cặp cuống toàn bộ chúng tôi đều thực hiện cặp cuống gan ngắt quãng (cặp 15 phút, nghỉ 5 phút). Kỹ thuật này nhằm làm giảm sự mất máu trong quá trình phẫu tích và cắt nhu mô gan. Nghiên cứu của Belghiti ghi nhận: thời gian cặp cuống toàn bộ liên tục tối đa có thể lên tới 65 phút [9]. Thời gian cặp cuống trung bình của nghiên cứu là  $11,3 \pm 5,5$  phút. Thùy gan trái là vùng gan dễ tiếp cận, thời gian cắt nhu mô nhanh, ít nguy cơ chảy máu, vì vậy chỉ có 21,3% bệnh nhân được kiểm soát cuống gan toàn bộ trong thì cắt nhu mô.

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, kích thước u, xâm lấn tạng lân cận. Thời gian phẫu thuật trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $83,6 \pm 26,1$  phút. Kết quả này trong nghiên cứu của Xiu (2007) là 100,0 phút, ngắn nhất 70 phút, dài

nhất 120 phút. Tác giả Abu Hilal (2013) trên 19 bệnh nhân mổ mở cắt thùy gan trái cho kết quả thời gian mổ trung bình: 150 phút (110-330) [10].

Truyền máu trong mổ: Vấn đề kiểm soát chảy máu và truyền máu đóng vai trò vô cùng quan trọng trong phẫu thuật cắt gan. Nanashima và cộng sự cho rằng: bắt đầu truyền máu khi lượng máu mất khoảng 850 ml trở lên [11]. Nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào truyền máu trong mổ (Bảng 3). Kết quả này tương tự một số nghiên cứu khác cắt thùy gan trái, cho thấy phẫu thuật cắt thùy gan trái tương đối an toàn, mất máu ít và thường không phải truyền máu trong mổ [12].

**4.3.2. Kết quả sớm sau mổ.** Biến chứng: Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào biến chứng sau mổ. Nghiên cứu của Nanashima năm 2009 trên 15 bệnh nhân cắt thùy gan trái không ghi nhận biến chứng sau mổ, không có trường hợp tử vong sau mổ. Tuy nhiên tác giả Jianwei Liu (2023) nghiên cứu với 249 ca cắt thùy gan trái, cho kết quả: tỉ lệ biến chứng 16,8% (42 trường hợp), có 4 trường hợp (1.6%) phân độ Clavien Dindo độ 3 và 4 [13]. Nguyên nhân chính gây tử vong sau phẫu thuật cắt gan là suy gan sau mổ, đã được khẳng định qua nhiều nghiên cứu. Chúng tôi không có trường hợp suy gan sau mổ nào, có thể giải thích do cắt thùy gan trái là phẫu thuật cắt gan nhỏ, thể tích phần gan còn lại đảm bảo đủ điều kiện cắt gan, cũng như 100% bệnh nhân chức năng gan Child Pugh A trước mổ là yếu tố tiên lượng tốt, đồng thời với cỡ mẫu không quá lớn, cần thêm thời gian để tăng số lượng bệnh nhân nghiên cứu và đánh giá kết quả xa.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Thời gian hậu phẫu trung bình là  $6,6 \pm 1,6$  ngày. Không có trường hợp tử vong trong 1 tháng sau mổ. Nghiên cứu của Xiu (2007): thời gian hậu phẫu trung bình là 12,2 ngày, ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 20 ngày.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt thùy gan trái điều trị HCC là phẫu thuật có tính khả thi, an toàn, ít biến chứng và cho kết quả tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN (2020).**
2. **Tôn Thất Tùng (1971)**, Cắt Gan, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, tr. 1-291.
3. [a]**Ruzzenente A, Conci S, Ciangherotti A, et al (2017)**, "Impact of age on short-term outcomes of liver surgery: Lessons learned in 10-years' experience in a tertiary referral hepatopancreato-biliary center", Medicine (Baltimore), 96

- (20), pp. e6955,[b]Wynne H A, Cope L H, Mutch E, et al (1989), "The effect of age upon liver volume and apparent liver blood flow in healthy man", *Hepatology*, 9 (2), pp. 297-301,[c]Zoli M, Iervese T, Abbati S, et al (1989), "Portal blood velocity and flow in aging man", *Gerontology*, 35 (2-3), pp. 61-65.
4. Yamashita Y, Taketomi A, Itoh S, et al (2007), "Longterm favorable results of limited hepatic resections for patients with hepatocellular carcinoma: 20 years of experience", *J Am Coll Surg*, 205 (1), pp. 19-26.
  5. Phạm Thế Anh (2024), "Một số đặc điểm nhiễm viêm gan Virus B, C trên bệnh nhân cắt gan do HCC tại Bệnh viện K".
  6. 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.
  7. Phạm Thế Anh (2024), "Một số đặc điểm nồng độ AFP trên bệnh nhân cắt gan do HCC tại Bệnh viện K".
  8. E. Herrero Fonollosa a E C A a, M.I. García-Domingo "Laparoscopic Left Lateral Sectionectomy. Presentation of Our TechniqueSeccionectomía lateral izquierda por laparoscopia. Presentación de nuestra técnica".
  9. Belghiti J, Noun R, Malafosse R, et al (1999), "Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study", *Ann Surg*, 229 (3), pp. 369-375.
  10. Hilal M A. "Assessment of the financial implications for laparoscopic liver surgery: a single-centre UK cost analysis for minor and major hepatectomy".

## GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM TRONG TIÊN LƯỢNG GLASGOW BLACHTFORD SCALE, ROCKALL VÀ T-SCORE TRONG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI KHOA CẤP CỨU

Lê Văn Hoàn<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Nguyễn<sup>2</sup>,  
Nguyễn Hữu Tân<sup>3</sup>, Hoàng Bùi Hải<sup>2,4</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm tìm hiểu giá trị của một số thang điểm trong tiên lượng cấp cứu bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày tá tràng tại Khoa cấp cứu, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Nghiên cứu mô tả các thang điểm Glasgow Blatchford Scale (GBS), Rockall và T-score ngay lúc bệnh nhân nhập viện, dữ liệu bệnh nhân trong 72 giờ vào viện. Kết quả hồi cứu hồ sơ bệnh án của 89 bệnh nhân; tuổi trung bình 66,3±16,0; nam 56,2%; 67,4% kèm bệnh nội khoa; 29,2 % tiền sử loét dạ dày- hành tá tràng. Tỷ lệ cần can thiệp cầm máu nội soi là 16,9%; XHTH do loét dạ dày tá tràng tái phát 4,5% và tử vong 2,2%. T-score và GBS có giá trị cao trong tiên lượng XHTH do loét dạ dày tá tràng phải can thiệp cầm máu, truyền máu, tái chảy máu và tử vong. Thang điểm GBS có AUC cao nhất trong tiên lượng can thiệp cầm máu và truyền máu, trong khi giá trị của thang điểm T-score có AUC cao nhất trong tiên lượng tái chảy máu và tử vong do XHTH do loét dạ dày tá tràng.

**Từ khóa:** Xuất huyết tiêu hóa cao, loét dạ dày - hành tá tràng, thang điểm T-score, thang điểm Glasgow Blatchford, thang điểm Rockall.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

### SUMMARY

#### THE VALUE OF GLASGOW BLACHTFORD SCALE, ROCKALL AND T-SCORE SCORES IN GASTROINTESTINAL ULCERS BLEEDING MANAGEMENT AT EMERGENCY DEPARTMENT

The study aimed to find the value of some scoring scales in emergency prognosis of patients with upper gastrointestinal bleeding (GI) due to peptic ulcers at the Emergency Department, Nghe An General Hospital. The study described the Glasgow Blatchford Scale (GBS), Rockall and T-score at the time of patient admission, with patient data obtained after 72 hours of admission. Results of retrospective medical records of 89 patients; Average age 66.3±16.0; male 56.2%; 67.4% had concomitant medical diseases; 29.2% had a history of peptic ulcers. The rate of patients required the endoscopic hemostatic intervention was 16.9%; Re-bleeding due to peptic ulcers in 4.5% and death in 2.2%. T-score and GBS had high value in predicting bleeding due to peptic ulcer requiring hemostatic intervention, blood transfusion, re-bleeding and death. The GBS score had the highest AUC in predicting hemostatic intervention and blood transfusion, while the value of the T-score has the highest AUC in predicting re-bleeding and death from bleeding due to peptic ulcers. **Keywords:** Upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer, T-score, Glasgow Blatchford scale, Rockall score

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là một cấp cứu nội khoa và ngoại khoa thường gặp trong thực hành lâm sàng, có tỉ lệ mắc cao và gây nhiều