

trẻ tuổi, thể bệnh thường gặp là thể hỗn hợp. Số lần nhập viện điều trị trong năm thấp, tỉ lệ được điều trị DMARDs sinh học cao, trong đó chủ yếu được điều trị nhóm thuốc kháng TNF alpha.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dean LE, Jones GT, MacDonald AG, Downham C, Sturrock RD, Macfarlane GJ.** Global prevalence of ankylosing spondylitis. *Rheumatol Oxf Engl.* 2014;53(4):650-657. doi:10.1093/rheumatology/ket387
2. **Phòng kế hoạch tổng hợp.** Báo cáo tổng kết hoạt động Bệnh Viện Bạch Mai năm 2021, phương hướng hoạt động 2022. Bệnh viện Bạch Mai. 2021.
3. **Nguyen Thi Anh Ngoc, Pham Hoai Thu, Le Cong Thien, Nguyen Van Tuan, Nguyen Van Hung.** Current situation of anxiety in ankylosing spondylitis patients and related factors. *Journal of*

- Clinical Medicine, BachMai Hospital.* 2019(4): 66-72.
4. **Nguyễn Thị Minh Ngọc, Nguyễn Thị Phương Thủy.** Khảo sát sự tiến triển của bệnh viêm cột sống dính khớp theo thang điểm SASDAS. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2018(467):104- 107.
5. **Popescu C, Trandafir M, Bădică A, Morar F, Predeteanu D.** Ankylosing spondylitis functional and activity indices in clinical practice. *J Med Life.* 2014;7(1):78-83.
6. **Nguyễn Ngọc Trung, Nguyễn Thị Như Hoa, Bùi Hải Bình.** Tình trạng điều trị thuốc sinh học ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai. *Tạp Chí Y học Việt Nam.* 2021;507(2):228-232. <https://doi.org/10.51298/vmj.v507i2.1447>.
7. **Hoàng Thị Phương Thảo, Nguyễn Mai Hồng.** Bước đầu đánh giá mức độ hoạt động bệnh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp theo chỉ số ASDAS. *Tạp chí Nội khoa Việt Nam;* 2016(16):58-65.

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

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

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phẫu thuật triệt căn được khuyến cáo là phương pháp điều trị hiệu quả giúp cải thiện thời gian sống thêm đối với ung thư đường mật trong gan. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư đường mật trong gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 33 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư đường mật trong gan tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy - Bệnh viện K từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 58.8 ± 11.1 tuổi. 18.2% bệnh nhân có tiền sử viêm gan B và C. Tất cả bệnh nhân có chức năng gan trước mổ tốt (Child A 100%). Cắt gan phải chiếm 42.4% trường hợp, cắt gan trái chiếm 57.6% trường hợp. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 15.7 ± 12 ngày. 18.1% bệnh nhân có biến chứng sau mổ, gồm suy gan sau mổ (3.0%), cổ chướng (9.1%), nhiễm khuẩn huyết (3.0%) và viêm phổi (3.0%). Không có tử vong sớm sau mổ. Di căn hạch gặp ở 45.5% trường hợp. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu là phương pháp an toàn và hiệu quả điều trị ung thư đường mật trong gan với tỷ lệ tai biến sớm sau mổ thấp.

**Từ khóa:** ung thư đường mật trong gan, phẫu thuật, cắt gan theo giải phẫu

#### SUMMARY

#### EARLY RESULTS OF ANATOMICAL HEPATECTOMY FOR INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA IN K HOSPITAL

**Objective:** Curative surgery is recommended as an effective treatment for improving survival time for intrahepatic cholangiocarcinoma. This study was conducted to evaluate the early results of anatomical hepatectomy for intrahepatic cholangiocarcinoma. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study was conducted at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery - K Hospital from January 2021 to December 2023 and consisted of 33 patients undergoing anatomical hepatectomy for ICC-proven by histopathological examination. **Results:** The mean patient age was 58.8 ± 11.1 years. 18.2% presented chronic hepatitis B and C virus. All patients had normal preoperative liver function (Child A 100%). Right hepatectomy and left hepatectomy concerned 42.4% and 57.6% of cases, respectively. The median postoperative hospital stay was 15.7 ± 12 days. Postoperative complications occurred in 18.1% of patients, including post-hepatectomy liver failure (3.0%), ascites (9.1%), sepsis (3.0%), and pneumonia (3.0%). There was no perioperative mortality. Lymph node metastasis was found in 45.5% of cases. **Conclusion:** Anatomical hepatectomy with lymph node dissection is a safe and effective procedure for ICC with low postoperative complication rates. **Keywords:** intrahepatic cholangiocarcinoma, surgery, anatomical hepatectomy

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật trong gan (UTĐMTG) là bệnh lý ác tính nguyên phát tại gan có nguồn

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024

gốc từ biểu mô đường mật, hay gặp thứ hai đứng sau ung thư biểu mô tế bào gan. Trên thế giới, tỷ lệ mắc UTĐMTG cao nhất tại khu vực Đông Nam Á, trong đó đặc biệt cao nhất là Thái Lan, và thấp nhất ở Châu Âu [1]. Yếu tố nguy cơ của UTĐMTG bao gồm các bệnh lý gan mạn tính làm tổn thương đường mật gây quá sản, loạn sản biểu mô đường mật như xơ gan, viêm gan B, viêm gan C, viêm đường mật mạn tính, sỏi đường mật, viêm chít đường mật nguyên phát, bệnh lý đường mật bẩm sinh, v.v.

Theo Hiệp Hội Nghiên Cứu Ung Thư Gan Nhật Bản (Liver Cancer Study Group of Japan), UTĐMTG được chia ra thành 3 típ về mặt đại thể dựa trên đặc điểm hình thái và xu hướng phát triển: típ khối (mass forming), típ thâm nhiễm quanh đường mật (periductal infiltrating) và típ phát triển trong lòng đường mật (intraductal growth) [2]. UTĐMTG típ khối thường tạo thành một khối u cứng chắc trong nhu mô gan; típ thâm nhiễm quanh đường mật có đặc điểm phát triển thâm nhiễm dọc theo đường mật trong gan; típ phát triển trong lòng đường mật điển hình bởi sự phát triển của khối u vào trong lòng đường mật từ bề mặt biểu mô đường mật và thường ít khi xâm lấn thành đường mật. Típ khối là hay gặp nhất chiếm khoảng 60% các UTĐMTG, típ thâm nhiễm quanh đường mật khoảng 7% và típ phát triển trong lòng đường mật khoảng 4%. Ngoài ra còn có các típ kết hợp, trong đó UTĐMTG típ khối kết hợp thâm nhiễm quanh đường mật thường gặp nhất chiếm tới 20% [3]. Việc phân loại này có ý nghĩa quan trọng do cơ chế bệnh học cũng như phương thức lan toả của các tế bào ung thư của giữa các típ UTĐMTG không giống nhau, vì vậy biểu hiện lâm sàng, trên chẩn đoán hình ảnh, kết quả điều trị và tiên lượng cũng có sự khác nhau. Di căn hạch thường gặp hơn đối với típ thâm nhiễm (60%) và típ khối kết hợp thâm nhiễm (50%) so với típ khối đơn thuần và típ phát triển trong lòng đường mật (dưới 5%) [4].

Phẫu thuật triệt căn là phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với UTĐMTG. Nếu khối u còn khả năng cắt bỏ, chức năng gan và thể trạng bệnh nhân cho phép phẫu thuật thì phẫu thuật cắt gan kèm nạo vét hạch vùng được khuyến cáo có thể cải thiện thời gian sống thêm trong các nghiên cứu [5]. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân có khả năng cắt bỏ của UTĐMTG cũng như tiên lượng của UTĐMTG vẫn thấp, với tỷ lệ tái phát sau mổ cao. Tỷ lệ sống 5 năm đối với UTĐMTG típ khối là khoảng 30%. Các nghiên cứu chỉ ra rằng: việc đạt được diện cắt R0, số lượng khối u,

xâm lấn mạch máu, di căn hạch và típ UTĐMTG là những yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng tới tiên lượng sống của bệnh nhân [6]. Hoá chất bổ trợ sau mổ được khuyến cáo nhằm giảm nguy cơ tái phát u và cải thiện tiên lượng sống.

Tại Bệnh viện K, phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư đường mật trong gan được thực hiện thường quy. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị UTĐMTG.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả trường hợp phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu có giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến của đường mật trong gan tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy - Bệnh viện K từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Mổ lại cắt gan do ung thư đường mật trong gan tái phát.
- Kèm ung thư cơ quan khác.
- Đã được đốt sóng cao tần u gan hoặc điều trị hoá chất hạ bậc trước mổ.
- Bệnh án không đầy đủ thông tin.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

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

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

- Khám lâm sàng.
- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, sinh hoá máu, marker ung thư (AFP, CA 19-9, CEA), tổng phân tích nước tiểu.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), đo thể tích phần gan dự kiến còn lại.
- Thăm dò chức năng: soi dạ dày, soi đại tràng, điện tâm đồ.

### **2.4. 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 hoặc đường trắng giữa  
 Bước 2: Đánh giá tổn thương đại thể ổ bụng, hạch cuống 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 panh Kelly, dao siêu âm hoặc CUSA.

- Kiểm soát cuống gan: kẹp chọn lọc 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 có thể được cắt bằng Băng ghim mạch máu hoặc cắt và khâu bằng chỉ mạch máu.

- Cầm máu điện 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 O2 dẫn lưu tại diện cắt, đóng bụng. Mẫu bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh ngay sau phẫu thuật.

**2.5. 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: loại cắt gan, 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.

**2.6. Xử lý số liệu.** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0; các biến số được đánh giá bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tần số, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng kiểm định X<sup>2</sup> hoặc Fisher's exact để so sánh các tỷ lệ.

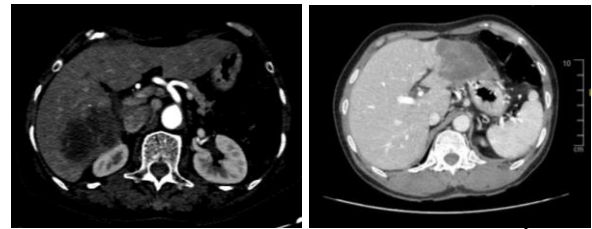
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023 tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy - Bệnh viện K có 33 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư đường mật trong gan.

**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)	58.8 ± 11.1
Nam : nữ	1 : 1.2
Viêm gan virus B, C hoặc đồng nhiễm (n, %)	6 (18.2%)
Tiền sử sỏi mật (n, %)	0 (0%)
Đau bụng (n, %)	20 (60.6%)
Tình cờ phát hiện u gan (n, %)	12 (36.4%)
CA 19.9 ≥ 37 U/l (n, %)	19 (57.6%)
CA 19.9 trung bình (U/mL); (min – max)	426.7±695.8; (2.6 – 2002)
AFP ≥ 20 ng/ml (n, %)	4 (12.1%)
CEA > 5 ng/ml (n, %)	3 (27.3%)
U đơn độc trên CLVT (n, %)	31 (93.9%)
Kích thước u > 5 cm trên CLVT (n, %)	11 (33.3%)
Child-Pugh A	33 (100%)



**Hình 3.1: Hình ảnh u gan trên phim cắt lớp vi tính ngấm thuốc kém, co kéo bao gan nghi ngờ ung thư đường mật trong gan**

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

**3.2.1. Kết quả trong mổ**

**Bảng 3.2. Kết quả trong mổ**

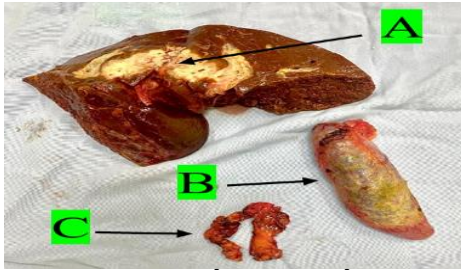
Đặc điểm	Giá trị	
Loại cắt gan (n, %)	Cắt gan phải	14 (42.4)
	Cắt gan trái	19 (57.6)
Phương pháp kiểm soát cuống (n, %)	Takasaki	19 (57.6)
	Lortat – Jacob	14 (42.4)
Cặp cuống toàn bộ (n, %)	21 (63.6)	
Thời gian mổ trung bình (phút)	158.0±50.4	

**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, %)	33 (100)	
Nhân vệ tinh (n, %)	12 (36.4)	
Xâm nhập mạch (n, %)	4 (12.1)	
Tổng số hạch vét được (n)	272	
Số hạch di căn (n, %)	41 (15.1)	
Bệnh nhân có di căn hạch (n, %)	15 (45.5)	
Giai đoạn bệnh theo TNM (n, %)	IA	9 (27.2)
	IB	2 (6.1)
	II	7 (21.2)
	IIIB	15 (45.5)
Suy gan sau mổ (n, %)	1 (3.0)	
Cổ trướng (n, %)	3 (9.1)	

Nhiễm khuẩn huyết (n, %)	1 (3.0)
Viêm phổi (n, %)	1 (3.0)
Thời gian hậu phẫu (ngày)	15.7±12 (6–58)
Tử vong	0 (0)



**Hình 3.2: Bệnh phẩm sau mổ: A. U gan, B. Túi mật, C. Hạch**

Nguồn: BN Vũ Phi R. 71T, mã BN: 230162786

#### IV. BÀN LUẬN

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

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $58.8 \pm 11.1$  tuổi. Theo một số nghiên cứu tuổi cao là một trong các yếu tố nguy cơ sau phẫu thuật do giảm khả năng tưới máu gan (lưu lượng tĩnh mạch cửa, xơ vữa mạch) và giảm khả năng tái tạo gan sau mổ. Tuy nhiên, tuổi cao đơn thuần không phải yếu tố chống chỉ định phẫu thuật. Theo Kim và cộng sự, không có mối liên hệ giữa tuổi và kết quả sau phẫu thuật [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, viêm gan B, C chiếm 18.2%, không có bệnh nhân nào có tiền sử sỏi mật. Có sự thay đổi so với kết quả của Trịnh Quốc Đạt năm 2010 tiền sử mổ sỏi mật 31,7%, viêm gan B 38,2% [8].

CA 19.9 là chất chỉ điểm trong ung thư tụy, tuy nhiên có thể tăng trong các khối u ác tính khác của dạ dày, ruột non và ung thư đường mật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ CA 19.9 tăng trong 57,1% trường hợp. Đối với UTĐMTG, CA 19.9 thường tăng và AFP chỉ tăng trong thể hỗn hợp với ung thư biểu mô tế bào gan. Ngoài vai trò chẩn đoán, CA 19.9 còn giúp theo dõi tái phát u sau mổ.

##### 4.2. Kết quả phẫu thuật

**4.2.1. Kết quả trong mổ.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 42.4% bệnh nhân được cắt gan phải, cắt gan trái chiếm 57.6% trường hợp. Cặp cuống gan toàn bộ được thực hiện ở 63.6% trường hợp. Cặp cuống toàn bộ ngắt quãng hiệu quả hơn cặp cuống liên tục về kiểm soát lượng máu mất và hồi phục sau mổ. Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu là  $158.0 \pm 50.4$  phút. Tuy nhiên thời gian mổ phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như phương tiện sử dụng để cắt nhu mô gan (panh Kelly, dao siêu âm, CUSA).

Để xác định ranh giới diện cắt, phương pháp tiếp cận cuống chọn lọc ngoài bao Glisson theo Takasaki được sử dụng trong 57.6% trường hợp. Kỹ thuật Lortat – Jacob phẫu tích kiểm soát từng thành phần của cuống gan được áp dụng trong 42.4% trường hợp do một số UTĐMTG phát triển gần cuống gan gây khó khăn trong việc tiếp cận bằng phương pháp Takasaki, cũng như việc nạo vét hạch cuống gan đòi hỏi bộc lộ trần các thành phần cuống gan. Ngoài ra kỹ thuật Lortat-Jacob giúp đánh giá và xử lý được những trường hợp khối u xâm lấn đường mật và mạch máu vùng rốn gan, và đặc biệt khi có biến đổi giải phẫu vùng cuống gan.

Đối với UTĐMTG, chúng tôi thực hiện được nạo vét hạch vùng nhóm 7, 8, 12, 13 trong tất cả trường hợp (hình 3.2) và phát hiện di căn hạch trong 45.5% trường hợp. Tuy nhiên, vai trò của nạo vét hạch trong phẫu thuật UTĐMTG hiện vẫn đang được tranh luận. Tỷ lệ di căn hạch có sự khác nhau giữa các tít đại thể của UTĐMTG. Tít thâm nhiễm quanh đường mật và tít khối kết hợp với thâm nhiễm có tỉ lệ di căn hạch cao (khoảng 60%), tít khối đơn thuần khoảng 30-50% và tít phát triển trong lòng đường mật có nguy cơ di căn hạch thấp. Hạch di căn thường thấy là ở cuống gan (nhóm 12), dọc theo động mạch gan chung (nhóm 8), và sau đầu tụy (nhóm 13). Vì vậy một số nghiên cứu khuyến cáo nên nạo vét hạch thường quy nhóm 8,12,13 đối với UTĐMTG. Một số khác cho rằng nên nạo vét hạch thường quy dọc theo động mạch vị trái (nhóm 7) trong trường hợp u nằm ở thùy gan trái. Tuy nhiên một số tác giả lại không ủng hộ việc nạo vét hạch thường quy do nạo vét hạch không làm thay đổi thời gian sống thêm dài hạn. Theo Shimada và cộng sự, không có sự khác biệt về tỉ lệ sống và tỉ lệ tái phát đối với UTĐMTG tít khối trên bệnh nhân được cắt gan kèm nạo vét hạch liệu có nên thực hiện thường quy, nhất là đối với trường hợp UTĐMTG đơn độc tít khối không có bằng chứng di căn hạch trên chẩn đoán hình ảnh và đối với UTĐMTG tít phát triển trong lòng đường mật (tỉ lệ di căn hạch thấp).

**4.2.2. Kết quả sớm sau mổ.** Kết quả giải phẫu bệnh của chúng tôi phát hiện nhân vệt tinh ở 12 bệnh nhân (36.4%). Theo Addeo, bệnh nhân có khối u đơn độc có tỷ lệ sống sót sau 5 năm và thời gian sống thêm cao hơn so với bệnh nhân có khối u vệt tinh (36.5 vs 20 tháng, 40 vs 7%;  $p = 0,0004$ ). Thời gian sống thêm không bệnh ở những bệnh nhân có 1 u không cao hơn so với trường hợp có nốt vệt tinh (12.8 vs 7,5

tháng,  $p = 0,30$ ) [10]. Ngoài ra trong kết quả của chúng tôi có 4 bệnh nhân có u xâm nhập mạch (12.1%). Conci và cộng sự nhận thấy thời gian sống thêm sau 5 năm giảm từ 45,1 xuống 32,9% ( $p=0,017$ ) giữa 2 nhóm bệnh nhân có và không có xâm nhập mạch. UTĐMTG chủ yếu gặp ở giai đoạn IIIB chiếm 45.5% bệnh nhân nghiên cứu.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu không có trường hợp nào tử vong, rò mật và chảy máu sau mổ. Tuy nhiên có 1 trường hợp (3.0%) suy gan sau mổ độ B (theo International Study Group of Liver Surgery) kèm nhiễm khuẩn huyết, 3 trường hợp (9.1%) cổ trướng (dịch ra ở dẫn lưu > 500ml/ 24 giờ kéo dài trên 5 ngày) và 1 trường hợp viêm phổi được điều trị nội khoa ổn định. Trong nghiên cứu của Đoàn Thanh Tùng, biến chứng sau mổ của UTĐMTG là 10,2% trong đó tỷ lệ tử vong là 8,2%, nguyên nhân chủ yếu do chảy máu và suy gan cấp; theo tác giả loại phẫu thuật cắt gan không ảnh hưởng đến kết quả gần và khảng định phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị lựa chọn hàng đầu trong UTĐMTG.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu là phương pháp an toàn và hiệu quả điều trị ung thư đường mật trong gan với tỷ lệ tai biến sớm sau mổ thấp. Tuy nhiên do phẫu thuật triệt căn đòi hỏi nạo vét hạch vùng một cách thường quy, phẫu thuật đối với UTĐMTG nên thực hiện ở tuyến chuyên khoa. Cần thêm những nghiên cứu đánh giá cụ thể hơn về kết quả điều trị và thời gian sống thêm đối với UTĐMTG nói chung, cũng như từng tí cụ thể nói riêng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Banales J M, Marin J J, Lamarca A, et al.** Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*. 2020;17(9), pp. 557-588.
- Liver Cancer Study Group of Japan.** The general rules for the clinical and pathological study of primary liver cancer. 2nd English ed. Tokyo JKC, Ltd., ed., 2003.
- Ikai I, Arii S, Okazaki M, et al.** Report of the 17th nationwide follow-up survey of primary liver cancer in Japan. *Hepatol Res*. 2007;37:676-91.
- Morimoto Y, Tanaka Y, Ito T, et al.** Long-term survival and prognostic factors in the surgical treatment for intrahepatic cholangiocarcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2003;10:432-440.
- Luo X, Yuan L, Wang Y, et al.** Survival Outcomes and Prognostic Factors of Surgical Therapy for All Potentially Resectable Intrahepatic Cholangiocarcinoma: A Large Single-Center Cohort Study. *J Gastrointest Surg* 2014;18:562-72.
- Jutric Z, Johnston WC, Hoen HM, et al.** Impact of lymph node status in patients with intrahepatic cholangiocarcinoma treated by major hepatectomy: a review of the National Cancer Database. *HPB (Oxford)*. 2016;18:79-87.
- Kim JM, Cho BI, Kwon CHD, et al.** Hepatectomy is a reasonable option for older patients with hepatocellular carcinoma. *The American Journal of Surgery*. 2015;209(2),391-397.
- Đạt TQ.** 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. 2010.
- Shimada K, Sano T, Nara S, et al.** Therapeutic value of lymph node dissection during hepatectomy in patients with intrahepatic cholangiocellular carcinoma with negative lymph node involvement. *Surgery*. 2009;145:411-6.
- Addeo P, Jedidi I, Locicero A, et al.** Prognostic impact of tumor multinodularity in intrahepatic cholangiocarcinoma. 2019;23,1801-1809.

## BỆNH VIÊM LỢI TRÊN PHỤ NỮ MANG THAI MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2023

Trịnh Đình Hải<sup>1</sup>, Bùi Danh Lưu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng gia tăng. Viêm lợi (VL) trên nhóm thai phụ mắc ĐTĐTK hiện chưa được nghiên cứu và báo cáo tại Việt Nam. Nghiên cứu thực hiện nhằm mục đích mô tả

thực trạng bệnh viêm lợi trên nhóm PNMT có ĐTĐTK và phân tích các yếu tố liên quan đến bệnh viêm lợi trên nhóm đối tượng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 100 PNMT được chẩn đoán ĐTĐTK tại khoa Khám Bệnh Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 6 năm 2023 – tháng 12 năm 2023. Các chỉ số lâm sàng đánh giá bao gồm: Chỉ số lợi (GI), Chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI-S), Chỉ số mất bám dính lâm sàng (CAL), Độ sâu túi lợi (PD), Chỉ số chảy máu khi thăm khám (%BOP). Số liệu được thống kê và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 và Minitab 18.0. **Kết quả:** Tỷ lệ lợi lành mạnh trên nhóm PNMT mắc ĐTĐTK là 8%, tỷ lệ mắc viêm lợi chiếm 92%, trong đó viêm lợi nặng chiếm

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Danh Lưu

Email: dr.luubui@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2024

Ngày duyệt bài: 30.5.2024