

RESULTS OF RIGHT HEPATECTOMY USING SELECTIVE RIGHT HEPATIC GLISSONEAN PEDICLE APPROACH FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT VIET NAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Trinh Huy Phuong¹, Nguyen Van Dang^{1,2}, Pham The Anh^{1,2}

¹Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, K Hospital-No. 30 Cau Buou, Thanh Tri Ward, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University-No. 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 14/04/2026

Revised: 02/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results of right hepatectomy using selective right hepatic glissonean pedicle approach for hepatocellular carcinoma (HCC).

Subjects and methods: Retrospective descriptive study on 131 patients undergoing right hepatectomy using selective right hepatic glissonean pedicle approach for HCC at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Vietnam National Cancer Hospital, from January 2020 to December 2024.

Results: The mean age was 55.2 ± 12.2 years; 78.6% were HBsAg-positive; tumors > 5 cm accounted for 76.3%; solitary tumors for 87.8%; and moderately differentiated tumors for 57.3%. Selective right hepatic glissonean pedicle control was achieved using the Takasaki approach in 85.5% of patients. No 30-day postoperative mortality was recorded. Mean overall survival was 55 ± 2.5 months, and mean disease-free survival was 43.3 ± 2.8 months. AFP > 400 ng/mL and tumor differentiation were associated with OS, whereas no statistically significant association was observed with DFS. Tumor size > 5 cm and tumor number were not significantly associated with OS or DFS.

Conclusion: Right hepatectomy using selective right hepatic glissonean pedicle approach is a safe and effective treatment for appropriately selected patients with HCC. The 5-year overall survival rate was 65,3%.

Keywords: hepatocellular carcinoma, right hepatectomy, selective right hepatic glissonean pedicle approach.

*Corresponding author

Email: theanhbenhvienk@gmail.com Phone: (+84) 912118212 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5475



KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT GAN PHẢI CÓ KIỂM SOÁT CHỌN LỌC CUỐNG GAN PHẢI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN K

Trịnh Huy Phương¹, Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Phạm Thế Anh^{1,2}

¹Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K-Số 30 Cầu Bươu, phường Thanh Trì, thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội-Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 14/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 02/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt gan phải có kiểm soát chọn lọc cuống gan phải điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (HCC).

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 131 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật cắt gan phải có kiểm soát chọn lọc cuống gan phải điều trị HCC tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình: $55,2 \pm 12,2$ tuổi; HBsAg dương tính (78,6%); kích thước u > 5cm (76,3%), u đơn ổ (87,8%) và độ biệt hóa vừa chiếm đa số (57,3%). Có 85,5% bệnh nhân được kiểm soát chọn lọc cuống gan phải theo phương pháp Takasaki. Không có trường hợp nào tử vong sau phẫu thuật.

Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) trung bình: $55 \pm 2,5$ tháng. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) trung bình: $43,3 \pm 2,8$ tháng. Nồng độ AFP > 400 ng/ml, độ biệt hóa khối u là yếu tố ảnh hưởng đến OS nhưng không ảnh hưởng đến DFS. Kích thước u > 5cm và số lượng u không phải là các yếu tố độc lập ảnh hưởng đến OS và DFS.

Kết luận: Phẫu thuật cắt gan phải có kiểm soát chọn lọc cuống gan phải điều trị HCC an toàn và hiệu quả. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm đạt 65,3%.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào gan, cắt gan phải, kiểm soát chọn lọc cuống gan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là thể mô bệnh học thường gặp nhất của ung thư gan nguyên phát, chiếm khoảng 90% các trường hợp.¹ Theo số liệu của tổ chức nghiên cứu ung thư toàn cầu (GLOBOCAN) tại Việt Nam, năm 2022 có 23.333 ca tử vong do HCC, đứng đầu trong các loại ung thư.² Điều trị HCC hiện nay mang tính đa mô thức, bao gồm: cắt gan, ghép gan, đốt u gan (bằng sóng cao tần RFA, vi sóng), nút hóa chất động mạch gan (TACE), điều trị đích,... Tuy nhiên, cắt gan vẫn là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả trên 332 BN cắt gan phải do HCC ghi nhận tỷ lệ tử vong trong vòng 90 ngày sau phẫu thuật là 4%, tỷ lệ sống thêm sau 5 năm là 42%.⁵

Kiểm soát cuống gan chọn lọc từ ngoài bao Glisson giúp xác định chính xác ranh giới thiếu máu và diện cắt gan qua đó cắt gan theo giải phẫu một cách an toàn, giảm mất máu và hạn chế sự thiếu máu phần nhu mô gan để lại.⁶ Cắt gan phải là phẫu thuật cắt gan lớn với nhiều nguy cơ trong và sau phẫu thuật như: mất máu, thời gian phẫu thuật kéo dài, suy gan, cổ trướng sau phẫu thuật...⁷ Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đề cập về phẫu thuật cắt gan có kiểm soát chọn lọc cuống gan điều trị HCC, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu tập trung vào kết quả của cắt gan phải. Vì vậy chúng tôi thực hiện NC này nhằm: đánh

giá kết quả của phẫu thuật cắt gan phải có kiểm soát chọn lọc cuống gan phải điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

131 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật cắt gan phải có kiểm soát chọn lọc cuống gan phải từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2024 tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan phải có kiểm soát chọn lọc cuống gan do HCC gan phải đơn ổ hoặc đa ổ. Không có huyết khối tĩnh mạch cửa, không có di căn xa.

- Thể tích gan còn lại đo trên phim CT so với trọng lượng cơ thể $\geq 0,8\%$ ⁸

- Chức năng gan: Child-Pugh A

- Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật: ung thư biểu mô tế bào gan

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin và số điện thoại liên hệ

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

- BN có tiền sử phẫu thuật cắt gan hoặc phẫu thuật khác vùng rốn gan.

*Tác giả liên hệ

Email: theanhbenvienk@gmail.com Điện thoại: (+84) 912118212 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5475

- Cắt gan phải có kèm theo một phẫu thuật hoặc thủ thuật khác trong phẫu thuật ở phần gan còn lại.

- Được can thiệp tại gan trước phẫu thuật: TACE, RFA, nút tĩnh mạch cửa, nút tĩnh mạch gan.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Chọn cỡ mẫu: Lấy cỡ mẫu thuận tiện.

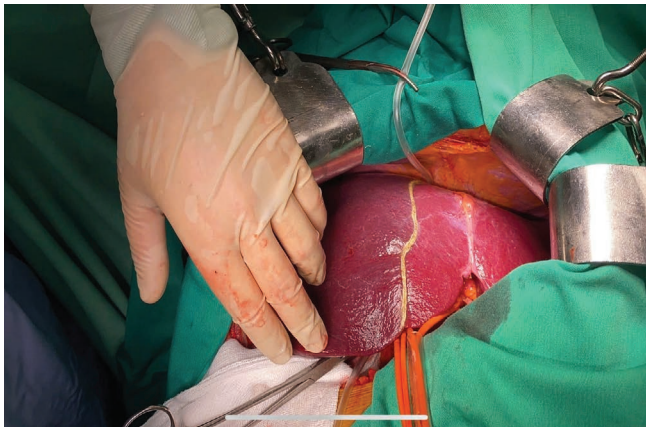
2.4. Các bước kỹ thuật cắt gan phải có kiểm soát chọn lọc cuống gan phải:

Bước 1: Mở bụng đường chữ J bên phải.

Bước 2: Đánh giá thương tổn đại thể trong ổ bụng.

Bước 3: Giải phóng gan phải, cắt túi mật.

Bước 4: Kiểm soát chọn lọc cuống gan phải phương pháp Takasaki hoặc bằng kẹp Clamp bên, xác định ranh giới của gan phải và gan trái.



Hình 1. Đường ranh giới giữa gan phải và gan trái

Nguồn: BN Bùi Văn H. 48T, số BA: 220110456

Bước 5: Cắt nhu mô gan theo ranh giới thiếu máu (có thể thực hiện nghiệm pháp Pringle hoặc không kẹp cuống toàn bộ). Cầm máu bằng Bipolar hoặc khâu chỉ Prolene 4/0, 5/0.

Bước 6: Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu tại diện cắt, đóng bụng.



Hình 2. Bệnh phẩm sau phẫu thuật: gan phải và túi mật

Nguồn: BN Lê Thế T. 59T, số BA: 230081705

2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Lựa chọn đối tượng BN phù hợp vào nghiên cứu.

Bước 2: Hồi cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả trong phẫu thuật và kết quả gần dựa trên mẫu bệnh án NC thống nhất.

Bước 3: Hẹn BN khám lại theo lịch, đánh giá thời gian sống thêm. Trường hợp BN không khám lại, thông tin sống thêm được cập nhật qua điện thoại.

2.6. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, giới, lý do vào viện, xét nghiệm HBsAg, HCVAb; nồng độ AFP; đặc điểm u gan trên phim CT, giải phẫu bệnh (GPB) sau phẫu thuật.

- Kết quả trong phẫu thuật: Tỷ lệ truyền máu trong phẫu thuật, phương pháp kiểm soát cuống chọn lọc, thời gian phẫu thuật. Kết quả gần: biến chứng sau phẫu thuật, thời gian nằm viện, tử vong sau phẫu thuật. Kết quả xa: thời gian sống thêm toàn bộ (OS), thời gian sống thêm không bệnh (DFS), các yếu tố ảnh hưởng đến OS và DFS.

2.7. Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm, tính thời gian sống thêm theo phương pháp Kaplan – Meier, so sánh các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 với các biến định tính (sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$).

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Toàn bộ số liệu thu thập được trong NC là hoàn toàn trung thực, chính xác. Các BN trong NC được giải thích và đồng ý tham gia NC. Toàn bộ thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia NC đều được đảm bảo bí mật.

- NC được tiến hành nhằm mục đích phục vụ cho khoa học, nâng cao chất lượng điều trị, không phục vụ mục đích nào khác, không gây nguy hại cho đối tượng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		
Tuổi trung bình (tuổi)		55,2 ± 12,2
Giới (n, %)	Nam	110 (84)
	Nữ	21 (16)
Đau bụng hạ sườn phải (n, %)		56 (42,7%)
HBsAg (+) (n, %)		103 (78,6%)
HCVAb (+) (n, %)		6 (4,6%)
AFP (n, %)	< 400	72 (55%)
	≥ 400	59 (45%)
Kích thước u trên CT (n, %)	≤ 5 cm	31 (23,7%)
	> 5 cm	100 (76,3%)
Số lượng u trên CT (n, %)	1 u	115 (87,8%)
	≥ 2 u	16 (12,2%)
Mức độ biệt hóa u trên GPB (n, %)	Độ 1	5 (3,8%)
	Độ 2	75 (57,3%)
	Độ 3	50 (38,2%)
	Độ 4	1 (0,8%)

Nhận xét: Tuổi trung bình: $55,2 \pm 12,2$ tuổi, nam chiếm đa số (84%). Đau bụng hạ sườn phải chiếm 42,7%; xét nghiệm HBsAg dương tính: 78,6%, HCVAb dương tính: 4,6%; AFP ≥ 400 ng/ml chiếm 45%; trên phim CT đa số trường hợp có kích thước u > 5 cm (76,3%), u đơn độc chiếm 87,8%. Mức độ biệt hóa u trên GPB: độ 2 chiếm đa số (57,3%).

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Kết quả trong phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả trong phẫu thuật

Đặc điểm		
Phương pháp kiểm soát cuống (n, %)	Takasaki	112 (85,5%)
	Kẹp clamp bên	19 (14,5%)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		$135,7 \pm 32,8$
Số BN phải truyền máu (n,%)		0 (0%)

Nhận xét: Kiểm soát chọn lọc cuống gan phải theo Takasaki chiếm 85,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình: $135,7 \pm 32,8$ phút. Không có BN nào truyền máu trong phẫu thuật.

3.2.2. Kết quả gần sau phẫu thuật

Bảng 3. Biến chứng sau phẫu thuật

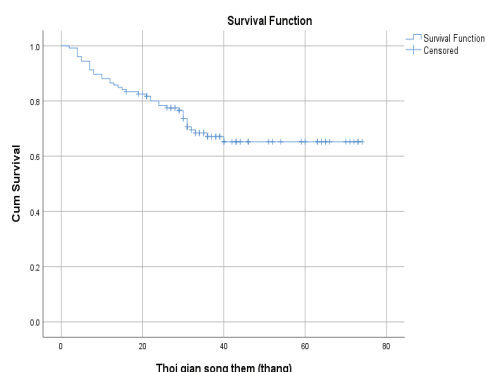
Biến chứng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Suy gan	22	16,8
Cổ trướng	28	21,4
Chảy máu	2	1,5
Tràn dịch màng phổi	1	0,8

Nhận xét: Biến chứng sau phẫu thuật thường gặp nhất là suy gan và cổ trướng, chiếm tỉ lệ lần lượt: 16,8% và 21,4%. Không có trường hợp nào tử vong 30 ngày sau phẫu thuật.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

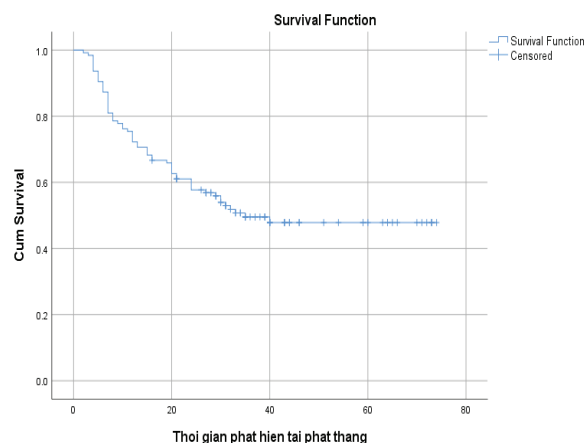
Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $11,3 \pm 7,1$ ngày

3.2.3. Kết quả xa sau phẫu thuật



Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan-Meier đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ (OS)

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình: $55 \pm 2,5$ tháng. Tỉ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm 1, 3 và 5 năm lần lượt là 86,5%, 67,1% và 65,3%.



Biểu đồ 2. Biểu đồ Kaplan-Meier đánh giá thời gian sống thêm không bệnh (DFS)

Nhận xét: Kết quả sống thêm không bệnh cho thấy tỉ lệ tái phát trong 3 năm đầu cao. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình: $43,3 \pm 2,8$ tháng. Tại thời điểm 1 năm, 3 năm và 5 năm tỉ lệ sống thêm không bệnh lần lượt là 72,2%, 49,5%, và 47,8%.

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng thời gian sống thêm và sống thêm không bệnh

Yếu tố ảnh hưởng	Nhóm so sánh	p (OS)	p (DFS)
AFP (ng/ml)	< 400	0,003	0,051
	≥ 400		
Kích thước u (cm)	≤ 5	0,80	0,25
	> 5		
Số lượng u	1 u	0,58	0,55
	≥ 2 u		
Độ biệt hóa u	Độ 1 và độ 2	0,02	0,61
	Độ 3 và độ 4		

• p (OS): giá trị p đánh giá sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ giữa các nhóm.

• p (DFS): giá trị p đánh giá sự khác biệt về thời gian sống thêm không bệnh giữa các nhóm.

Nhận xét: Nồng độ AFP > 400 ng/ml và độ biệt hóa u là yếu tố ảnh hưởng đến OS nhưng không ảnh hưởng đến DFS. Kích thước u > 5 cm và số lượng u không phải là các yếu tố độc lập ảnh hưởng đến OS và DFS.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi trung bình trong nghiên cứu: $55,2 \pm 12,2$ tuổi, nam chiếm đa số (84%). Lý do vào viện hay gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (42,7%). Xét nghiệm HBsAg dương tính: 78,6%, HCVAb dương tính: 4,6%. Nghiên cứu Trịnh Quốc Đạt năm 2019: độ tuổi trung bình $50,7 \pm 12,5$ tuổi, nam giới chiếm đa số (83,8%), đau bụng hạ sườn phải là lý do vào viện hay gặp nhất chiếm 58,8%, viêm gan B (79,4%), viêm gan C (4,4%).⁹

Nồng độ AFP tăng > 400 ng/ml ở 45% bệnh nhân, GPB sau phẫu thuật, đa số các khối u có mức độ biệt hóa vừa

(57,3%). Theo Trịnh Quốc Đạt (2019), nhóm AFP > 400 ng/ml chiếm tỉ lệ thấp nhất (27,9%), u biệt hóa mức độ vừa chiếm tỉ lệ cao nhất (50%).⁹ Trên phim CT đa số trường hợp có kích thước u > 5 cm (76,3%) phản ánh thực trạng tại nước ta, BN thường đến khám ở giai đoạn muộn, khi kích thước u to chèn ép gây triệu chứng trên lâm sàng hoặc BN có thể tự sờ thấy khối u. NC của Vũ Văn Quang (2019): BN có u > 5 cm cũng chiếm đa số với 56,6%.¹⁰

4.2. Kết quả phẫu thuật

4.2.1. Kết quả trong phẫu thuật

Đa số BN được kiểm soát chọn lọc cuống gan phải theo Takasaki (85,5%). Kết quả này cho thấy kỹ thuật tiếp cận cuống Glisson ngoài bao gan có tính khả thi cao trong cắt gan phải, phù hợp với nhận định của Mouly (2013) với tỉ lệ kiểm soát chọn lọc cuống Glisson thành công trong cắt gan phải đạt 75%.¹¹ Phương pháp cắt gan có kiểm soát cuống chọn lọc theo Takasaki tỏ rõ nhiều ưu điểm trong cắt gan nhờ việc kiểm soát được cả ba thành phần trong bao Glisson ngoài bao gan giúp xác định chính xác diện cắt gan, giảm mất máu, từ đó giúp hạn chế chảy máu trong phẫu thuật và rút ngắn thời gian phẫu thuật.⁶ Kết quả NC: không có BN nào truyền máu trong phẫu thuật, thời gian phẫu thuật trung bình: 135,7 ± 32,8 phút. Nghiên cứu của Chen năm 2017 với 71 ca cắt gan phải cho kết quả: thời gian phẫu thuật trung bình là 230 phút.¹² Theo Vũ Văn Quang (2019) thời gian phẫu thuật cắt gan phải là 151,3 ± 23,3 phút.¹⁰

4.2.2. Kết quả gần

Theo Chen (2017), tỉ lệ biến chứng sau cắt gan phải là 27,1%.¹² Biến chứng sau phẫu thuật trong NC gặp ở 46 BN, chiếm 35,1%, cao hơn so với NC của Chen (2017). Suy gan và cổ trướng là hai biến chứng hay gặp nhất, chiếm tỉ lệ lần lượt 16,8% và 21,4%. BN suy gan được điều trị nội khoa tích cực, chức năng gan hồi phục, không có trường hợp nào tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật. Theo NC của nhiều tác giả, thể tích gan còn lại/ trọng lượng cơ thể an toàn để tiến hành cắt gan lớn là ≥ 0.8%.⁸ Việc lựa chọn BN chức năng gan Child A và đo thể tích gan trước phẫu thuật giúp hạn chế nguy cơ suy gan không hồi phục sau phẫu thuật. 28 trường hợp BN cổ trướng được điều trị ổn định bằng lợi tiểu và albumin. Không có trường hợp nào tử vong sau phẫu thuật. NC của Trịnh Quốc Đạt (2019) có 23 BN biến chứng chiếm 33,8%, trong đó 7,4% trường hợp suy gan, tất cả đều được điều trị nội khoa thành công, 7,4% trường hợp có cổ trướng. Nghiên cứu của Daniel Jaeck biến chứng sau phẫu thuật cắt gan hay gặp nhất là cổ trướng (22-35%) và suy gan (4.9-19%).¹³

Chảy máu và tràn dịch màng phổi trong NC chiếm 1,5% và 0,8%. Thời gian nằm viện trung bình là 11,3 ± 7,1 ngày. Theo Chen (2017) thời gian nằm viện trung bình là 8 ngày.¹² Theo Vũ Văn Quang (2018) thời gian nằm viện sau mổ là 10,7 ± 3,4 ngày, không có biến chứng chảy máu, tràn dịch màng phổi chiếm 17%.¹⁰

4.2.3. Kết quả xa

Kết quả sống thêm toàn bộ trung bình của NC là 55 ± 2,5 tháng. Tỉ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm 1, 3 và 5 năm lần lượt là 86,5%, 67,1% và 65,3%. Kết quả này tương đương với thời gian sống thêm 5 năm của nhóm bệnh nhân HCC giai đoạn sớm được phẫu thuật cắt gan (50-70%) theo Hiệp hội Nghiên cứu Gan Châu Âu (EASL).¹⁴

NC của Vũ Văn Quang (2019) thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 33 ± 0,8 tháng. Tỉ lệ BN sống thêm toàn bộ sau 1, 2 và 3 năm lần lượt là 96,9%, 86,2% và 80,5%.¹⁰ Sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong đánh giá trước phẫu thuật và phát hiện sớm tái phát, cùng với chiến lược theo dõi và can thiệp, điều trị kịp thời, có thể góp phần nâng cao thời gian sống thêm. Theo NCCN (2025), tỉ lệ sống thêm 5 năm sau cắt gan hiện đạt trên 50%.⁴ Phân tích các yếu tố ảnh hưởng cho thấy nồng độ AFP > 400 ng/ml và độ biệt hóa u có ảnh hưởng đến OS, kích thước u > 5 cm và số lượng u không phải là yếu tố ảnh hưởng. Kết quả này có sự khác biệt với NC của Lê Văn Thành (2013), trong đó kích thước và số lượng u là các yếu tố ảnh hưởng đến OS.¹⁵ Trong khi đó, Ding (2021) ghi nhận AFP > 1000 ng/ml là yếu tố liên quan đến OS, DFS, đồng thời có mối tương quan độc lập với xâm lấn mạch máu vi thể và mức độ biệt hóa khối u.¹⁶

Bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan phải điều trị HCC có thời gian sống thêm không bệnh trung bình 43,3 ± 2,8 tháng. Tỉ lệ sống thêm không bệnh tại 1, 3 và 5 năm lần lượt là 72,2%, 49,5% và 47,8%. Phân tích cho thấy các yếu tố: nồng độ AFP > 400 ng/ml, độ biệt hóa khối u, kích thước u > 5 cm và số lượng khối u không ảnh hưởng đến DFS. Tuy nhiên, tỉ lệ tái phát cao (50,5%) trong 3 năm đầu sau phẫu thuật khẳng định sự cần thiết của việc tư vấn cho BN về nguy cơ tái phát, đồng thời nhấn mạnh vai trò của việc tuân thủ thời gian khám lại định kỳ nhằm phát hiện sớm các tổn thương. Nghiên cứu của Lê Văn Thành (2013) cũng ghi nhận tỉ lệ tái phát khoảng 60% sau 45 tháng, với số lượng, kích thước và độ biệt hóa u là các yếu tố ảnh hưởng đến DFS.¹⁵ Ngược lại, Vũ Văn Quang (2019) báo cáo DFS không liên quan đến nồng độ AFP, kích thước hay độ biệt hóa u, nhưng tỉ lệ sống thêm không bệnh lại phụ thuộc vào số lượng khối u (p = 0,021).¹⁰

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan phải có kiểm soát chọn lọc cuống gan phải điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phương pháp an toàn và hiệu quả ở nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp. Tỉ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm đạt kết quả tốt. Tuy nhiên, nguy cơ tái phát vẫn tập trung chủ yếu trong 3 năm đầu sau phẫu thuật; vì vậy cần theo dõi sau phẫu thuật chặt chẽ cũng như cần thêm các nghiên cứu có phân tích đa biến để xác định các yếu tố tiên lượng tái phát.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Asafo-Agyei KO, Samant H. Hepatocellular Carcinoma. StatPearls. 2025.
- [2] Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today (Version 1.1). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2024.
- [3] Bộ Y Tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. 2020.
- [4] National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Hepatocellular Carcinoma. Version 1.2025. Plymouth Meeting, PA: NCCN; 2025.

- [5] Andreou A, Vauthey JN, Cherqui D, et al. Improved long-term survival after major resection for hepatocellular carcinoma: a multicenter analysis based on a new definition of major hepatectomy. *J Gastrointest Surg.* Jan 2013;17(1):66-77; discussion p 77. DOI: 10.1007/s11605-012-2005-4
- [6] Takasaki K. Newly developed systematized hepatectomy by Glissonian pedicle transection method. *Shujutsu.* 1986;40:7-14. DOI: 10.1007/s005340050047
- [7] Tôn Thất Tùng. Cắt Gan. Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật; 1971:1-291.
- [8] Piccus R, Joshi K, Hodson J, et al. Significance of predicted future liver remnant volume on liver failure risk after major hepatectomy: a case matched comparative study. *Front Surg.* 2023;10:1174024. DOI: 10.3389/fsurg.2023.1174024
- [9] Trịnh Quốc Đạt. Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát chọn lọc cuống Glisson trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan. Luận án Tiến sĩ Y học - Đại học Y Hà Nội. 2019.
- [10] Vũ Văn Quang. Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Luận án tiến sĩ Y học. 2019.
- [11] Mouly C, Fuks D, Browet F, et al. Feasibility of the Glissonian approach during right hepatectomy. *HPB (Oxford).* Aug 2013;15(8):638-45. DOI: 10.1111/hpb.12035
- [12] Chen J, Li H, Liu F, Li B, Wei Y. Surgical outcomes of laparoscopic versus open liver resection for hepatocellular carcinoma for various resection extent. *Medicine.* 2017;96(12). DOI: 10.1097/MD.00000000000006460
- [13] Jaeck D, Bachellier P, Oussoultzoglou E, Weber J-C, Wolf P. Surgical resection of hepatocellular carcinoma. Post-operative outcome and long-term results in Europe: An overview. *Liver Transplantation.* 2004/02/01 2004;10(S2):S58-S63. DOI: 10.1002/lt.20041
- [14] European Association for the Study of the L. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol.* Feb 2025;82(2):315-374.
- [15] Lê Văn Thành. 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 - Học viện Quân Y. 2013.
- [16] Ding HF, Zhang XF, Bagante F, et al. Prediction of tumor recurrence by alpha-fetoprotein model after curative resection for hepatocellular carcinoma. *Eur J Surg Oncol.* Mar 2021;47(3 Pt B):660-666. DOI: 10.1016/j.ejso.2020.10.017