

SHORT-TERM OUTCOMES OF RIGHT HEPATECTOMY FOR INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA IN THE DEPARTMENT OF HEPATOLOGY, VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL FROM 2017 TO 2022

Pham Ba Duc*, Pham The Anh, Nghiem Thanh Ha

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

Received: 12/03/2024

Revised: 25/03/2024; Accepted: 10/04/2024

ABSTRACT

Objective: To evaluate the short-term outcomes of right hepatectomy for intrahepatic cholangiocarcinoma.

Subject and method: This was a retrospective descriptive study of the cases who underwent right hepatectomy for intrahepatic cholangiocarcinoma at Department of hepatobiliary and pancreatic surgery in National cancer hospital from March 2017 to November 2022.

Result: Elective surgery was performed for 27 patients. The average age was 60.2 ± 11.2 years, sex ratio was 1.25 male per 1 female; 18.5% of cases had a history of hepatolithiasis; hepatitis B and hepatitis C related: 68.3%. Elevated of CA 19-9 and CEA levels were seen in 77.8% and 55.6% of cases respectively. Anatomical right hepatectomy has the majority (81.5%); regional lymphadenectomy was performed in 11.1% of cases. Most of patients had the solitary tumor (51.8%) with its size being larger than 5cm (63%). Postoperative pathology: cholangiocarcinoma (81.5%), lymph node metastases (11.1%), IIIA TNM staging (66.7%). The mean operation time was 166.3 ± 55.4 min. Postoperative complications have the majority in pleural effusion (22.2%) and liver failure (14.8%). The classification of complications according to Clavien – Dindo were: I (66.7%), II (18.5%), IIIa (14.8%).

Conclusion: Right hepatectomy for intrahepatic cholangiocarcinoma is a feasible, safe and effective method.

Keywords: Right hepatectomy, anatomical liver resection, intrahepatic cholangiocarcinoma.

*Corresponding author

Email address: phambaducqy@gmail.com

Phone number: (+84) 769 067 388

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1053>

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT GAN PHẢI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN TẠI KHOA NGOẠI GAN MẬT TỤY - BỆNH VIỆN K TỪ NĂM 2017 ĐẾN 2022

Phạm Bá Đức*, Phạm Thế Anh, Nghiêm Thanh Hà

Bệnh viện K - 30 Đ. Cầu Bươu, Tân Triều, Thanh Trì, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12 tháng 03 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 25 tháng 03 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 04 năm 2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả gần phẫu thuật cắt gan phải điều trị ung thư biểu mô đường mật trong gan tại khoa Ngoại gan mật tụy, Bệnh viện K từ năm 2017 đến 2022.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan phải do ung thư biểu mô đường mật trong gan tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K từ tháng 3/2017 đến tháng 11/2022.

Kết quả: Phẫu thuật đã được thực hiện cho 27 bệnh nhân (BN). Tuổi trung bình: $60,2 \pm 11,2$ tuổi; tỉ lệ nam/nữ: 1,25/1; 18,5% trường hợp có tiền sử sỏi mật; tỷ lệ mắc viêm gan B hoặc C hoặc đồng nhiễm viêm gan B, C là 26%. CA 19 – 9 tăng trong 77,8% trường hợp và CEA tăng trong 55,6% trường hợp. Cắt gan phải theo giải phẫu chiếm 81,5%, có 66,67% bệnh nhân được vét hạch cuống gan. Đại thể có 1 khối u chiếm 51,8%, kích thước u chủ yếu > 5cm (63%); giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tuyến của đường mật (81,5%), tỷ lệ di căn hạch cuống gan là 11,1%, chủ yếu ở giai đoạn IIIA chiếm 66,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình: $166,3 \pm 55,4$ phút. Biến chứng thường gặp: tràn dịch màng phổi (22,2%), suy gan (14,8%). Phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo: I (66,7%), II (18,5%), IIIa (14,8%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện.

Kết luận: Phẫu thuật cắt gan phải điều trị ung thư đường mật trong gan là khả thi, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Cắt gan phải, cắt gan theo giải phẫu, ung thư biểu mô đường mật trong gan.

*Tác giả liên hệ

Email: phambaducqy@gmail.com

Điện thoại: (+84) 769 067 388

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1053>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật trong gan có nguồn gốc từ quá trình viêm nhiễm mạn tính đường mật trong gan làm tổn thương đường mật gây quá sản, loạn sản biểu mô đường mật. Các nguyên nhân thường gặp gồm: viêm chít đường mật nguyên phát, bệnh đường mật bẩm sinh, sỏi đường mật, sản lá gan... Các u đường mật thường tiến triển âm thầm, triệu chứng nghèo nàn nhưng có tính chất xâm lấn mạnh và các u này thường đáp ứng kém với hóa trị liệu dẫn đến tỷ lệ tử vong đáng báo động, khoảng 2% tổng số ca tử vong do ung thư trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc ung thư biểu mô đường mật cao nhất ở khu vực Đông Nam Á trong đó có Việt Nam, đặc biệt cao nhất là Thái Lan, và thấp nhất ở Châu Âu [1].

Điều trị ung thư nói chung và điều trị ung thư đường mật trong gan (UTĐMTG) nói riêng là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quyết định, Các phương pháp điều trị khác như: hóa chất, tia xạ, miễn dịch... đóng vai trò hỗ trợ sau mổ hoặc tạm thời khi bệnh ở giai đoạn không phẫu thuật được. Nếu bệnh nhân còn chỉ định phẫu thuật thì cắt gan được coi là phương pháp điều trị triệt căn tốt nhất và hiệu quả nhất. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đã khẳng định được vai trò của phẫu thuật cắt gan trong điều trị UTĐMTG [2]. Với các căn cứ kể trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu “mô tả kết quả gần phẫu thuật cắt gan phải điều trị ung thư biểu mô đường mật trong gan tại khoa Ngoại gan mật tụy, bệnh viện K từ năm 2017 đến 2022”.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên tất cả các trường hợp đã được phẫu thuật cắt gan phải do ung thư đường mật trong gan tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K từ

tháng 3/2017 đến tháng 11/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng thiết kế mô tả, sử dụng số liệu hồi cứu. Nghiên cứu lựa chọn phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Theo đó, nghiên cứu tiến hành lập danh sách bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan phải, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư đường mật trong gan. Hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại kho hồ sơ. Số liệu được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu bao gồm 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; chức năng gan trước phẫu thuật. Các biến liên quan đến phẫu thuật bao gồm loại cắt gan phải, phương pháp kiểm soát cuống, tỷ lệ nạo hạch cuống gan, thời gian phẫu thuật. Đồng thời, nghiên cứu thu thập dữ liệu về giải phẫu bệnh (kích thước, số lượng u, tít mô bệnh học, giai đoạn bệnh), tỷ lệ bệnh nhân truyền máu sau mổ, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, mức độ biến chứng được phân loại theo Clavien – Dindo.

2.4. Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, trung vị, tỷ lệ phần trăm.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 03 năm 2017 đến tháng 11 năm 2022 đã có 27 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan phải điều trị ung thư biểu mô đường mật trong gan tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K.

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); > 60 tuổi (%)	60,2 ± 11,2; 62,9%
Tỉ lệ nam/nữ	1,25/1
Tiền sử mắc viêm gan virus B, C hoặc đồng nhiễm (n, %)	7 (26)
Tiền sử sỏi mật (n, %)	5 (18,5)
Gầy sút cân (n, %)	15 (55,6)
Đau bụng (n, %)	14 (51,8)
CA 19 - 9 tăng (n, %)	21 (77,8)
CEA tăng (n, %)	15 (55,6)
U đơn độc trên cắt lớp vi tính (CLVT) (n, %)	16 (64)
Kích thước u > 5cm trên CLVT (n, %)	15 (60)
Đánh giá chức năng gan	Child - Pugh A: 100%

Nhận xét: Thống kê bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là 60,2 ± 11,2 (tuổi), tỷ số nam nữ là 1,25:1. Tiền sử mắc viêm gan B, C hoặc đồng nhiễm chiếm 26%; 18,5% có tiền sử sỏi mật. Triệu chứng thường gặp là gầy sút cân (55,6%) và đau bụng (51,8%). CA 19 – 9 tăng trong 77,8% trường hợp, CEA tăng

trong 55,6% trường hợp; đa số có u đơn độc (64%), kích thước > 5cm (60%) trên CLVT. 100 % bệnh nhân được đánh giá chức năng gan loại A theo Child – Pugh.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Các phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.2. Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Bệnh nhân		
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	
Cắt gan phải đơn thuần	Giải phẫu	22	81,5
	Không theo giải phẫu	3	11,1
Cắt gan phải + tạng khác	2	7,4	
Tổng số	27	100	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp cắt gan phải theo giải phẫu được áp dụng chủ yếu, chiếm 81,5%.



3.2.2. Kết quả trong mổ

Bảng 3.3. Kết quả trong mổ

Chỉ số		Bệnh nhân	
		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Phương pháp kiểm soát cuống	Kiểm soát cuống toàn bộ	9	33,3
	Takasaki	9	33,3
	Lortat – Jacob	9	33,3
Nạo hạch cuống gan		18	66,7
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		166,3 ± 55,4	

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy kiểm soát cuống toàn bộ, kiểm soát theo Takasaki và Lortat – Jacob có tỷ lệ đồng đều: 33,3%. Tỷ lệ nạo hạch cuống gan: 66,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình: 166,3 ± 55,4 phút.

3.3. Kết quả sớm sau mổ

3.3.1. Giải phẫu bệnh

Bảng 3.4. Giải phẫu bệnh sau mổ

Chỉ số		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
U đơn độc		14	51,8
Kích thước u > 5cm		17	63
Típ mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	22	81,5
	Ung thư thể hỗn hợp	5	18,5
Di căn hạch		2	11,1
Giai đoạn bệnh theo TNM	II	1	3,7
	IIIA	18	66,7
	IIIB	8	29,6

Nhận xét: Đa số là u đơn độc (51,8%), kích thước u > 5cm (63%). Chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến của đường mật (81,5%). Tỷ lệ di căn hạch là 11,1%. Giai đoạn IIIA: 66,7%.

3.3.2. Biến chứng

Bảng 3.5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tràn dịch màng phổi	6	22,2
Suy gan	4	14,8
Áp xe tồn dư	1	3,7
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	3,7

Nhận xét: Biến chứng thường gặp nhất là tràn dịch màng phổi, chiếm 22,2%. Biến chứng suy gan gặp ở 4 BN (14,8%). Phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo: I (66,7%), II (18,5%), III (14,8%). Không trường hợp nào tử vong sau mổ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là $60,2 \pm 11,2$ tuổi, trong đó có 62,9% số bệnh nhân là trên 60 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 1,25/1. Kết quả này có thay đổi so với các nghiên cứu trước đây: Trịnh Quốc Đạt (2010) độ tuổi trung bình $52,5 \pm 12,7$; tuổi cao nhất 75, tuổi thấp nhất 16 tuổi; độ tuổi hay gặp 45 đến 65 chiếm 50% [2]. Shimada (2007) độ tuổi trung bình 66, độ tuổi cao nhất 84, tuổi nhỏ nhất 34 [3]. Eunmi Gil và cộng sự (2015) tuổi trung bình 59 tuổi cao nhất 80, tuổi thấp nhất 37 [4]. Theo Nguyễn Thị Duyên (2022) tỷ lệ cao nhất là độ tuổi 60 – 69 (33,7%), đứng thứ hai là nhóm tuổi 50 – 59 (30,3%). Lứa tuổi ≥ 50 tuổi chiếm đa số trường hợp (79,1%). Tuổi trung bình của nghiên cứu là $58,49 \pm 9,70$ [5]. Do vậy, chúng ta cần khám sức khỏe định kỳ với người trên 60 tuổi để có thể phát hiện và điều trị bệnh từ giai đoạn sớm.

Tiền sử mắc viêm gan B, viêm gan C hoặc đồng nhiễm là 26%, tiền sử mắc sỏi mật là 18,5%. Có thay đổi so với nghiên cứu trước đây: Trịnh Quốc Đạt: tiền sử mổ sỏi mật chiếm 31,7%, liên quan đến mổ đường mật chiếm 13,3%, viêm gan B chiếm 38,2% [2]. Theo một số tác giả, virus viêm gan B có liên quan trong 50 – 80% các trường hợp UTĐMTG trên toàn thế giới trong khi 10 – 25% số trường hợp có liên quan tới nhiễm virus viêm gan C. Trong nghiên cứu của Nishikawa tỷ lệ mắc viêm gan virus B thấp hơn, chỉ chiếm 13,6% nhưng tỷ lệ mắc viêm gan virus C lại cao hơn chiếm 57,3% [6].

Trong nghiên cứu chúng tôi gặp đau bụng chiếm 51,8%, gầy sút cân chiếm 55,6% (bảng 3.1). Các triệu chứng chính này cũng gặp ở các đề tài nghiên cứu trước đây: theo Trịnh Quốc Đạt đau bụng chiếm 96%, gầy sút cân chiếm 45%, vàng da chiếm 15% [2]. Theo Chen. H. Y (2008) đau bụng chiếm 84,6%, gầy sút chiếm 77,8% [10].

Xét nghiệm CA 19 – 9: CA 19 – 9 là chất chỉ điểm cho ung thư tuyến tụy với độ nhạy khoảng 80%, độ đặc hiệu 60 – 70%. CA 19 – 9 cũng có thể tăng trong các

khối u ác tính khác của ruột, bao gồm dạ dày, ruột non đặc biệt ung thư đường mật, cũng như các bệnh lý lành tính khác như viêm tụy, viêm gan và xơ gan [8]. Trong nghiên cứu chúng tôi CA 19 – 9 tăng chiếm 77,8%, AFP tăng chiếm 18,5% gặp trong ung thư thể hỗn hợp giữa đường mật trong gan và Ung thư biểu mô tế bào gan, CEA có 9/27 trường hợp được xét nghiệm với tỷ lệ tăng chiếm 55,6% (bảng 3.1). Theo các nghiên cứu khác: Trịnh Quốc Đạt CA 19 – 9 tăng chiếm 63,2%, AFP tăng chiếm 26,2%, CEA tăng chiếm 37,1% [2]. Theo Nguyễn Thị Duyên, giá trị CA 19 – 9 huyết thanh trước mổ của 66 bệnh nhân ung thư biểu mô đường mật trong gan, trong đó có 30 bệnh nhân có chỉ nồng độ CA 19 – 9 cao hơn ngưỡng bình thường, chiếm 34,9% [5].

4.2. Kết quả phẫu thuật

Nạo vét hạch cuống gan: Trong nghiên cứu chúng tôi có 18 trường hợp được nạo vét hạch cuống gan (bảng 3.3), trong đó chỉ tiến hành nạo vét hạch nhóm 7, 8, 12. Việc nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật UTĐMTG còn đang tranh luận: theo Inoue khi đã di căn hạch thì phẫu thuật sẽ không mang tính triệt căn do vậy không có chỉ định cắt bỏ gan trong trường hợp di căn hạch [9].

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 (Kelly, dao siêu âm, CUSA...). Trong nghiên cứu, thời gian phẫu thuật trung bình là $166,3 \pm 55,4$ phút (bảng 3.3). Theo Văn Tàn và cộng sự, trong mổ không cắt cuống gan thì thời gian mổ trung bình là 92 phút; theo tác giả thời gian mổ chỉ ảnh hưởng đến tình trạng hồi tỉnh, không ảnh hưởng đến các biến chứng sau mổ [10]. Nghiên cứu của Lê Lộc thời gian mổ trung bình 90 phút, có thể rút ngắn thời gian mổ nếu áp dụng kỹ thuật cắt gan có thắt các mạch máu qua nhu mô gan [9]. Nguyễn Cường Thịnh thực hiện kỹ thuật cắt gan phối hợp 2 phương pháp Lortat – Jacob và Tôn Thất Tùng thời gian phẫu thuật trung bình 116 phút [2].

4.3. Kết quả sớm sau mổ

Số lượng và kích thước u: nghiên cứu chỉ ra ung thư đường mật chủ yếu gặp khối u lớn ≥ 5 cm có 17/27 trường hợp chiếm 63%; trong đó u 1 khối chiếm 51,8%. Có sự thay đổi so với các tác giả: nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt cho thấy u đơn độc chiếm 90%, nhiều khối u chiếm 10% [2]; theo Nguyễn Thị Duyên: u phần lớn có kích thước nhỏ ≤ 5 cm chiếm 65,1% [5]. Tỷ lệ u có kích thước > 5 cm là 34,9%. Trung bình kích thước u là $5,25 \pm 2,49$ cm, có 76 trường hợp có một khối u đơn độc (chiếm 88,4%), và 10 trường hợp có tổn thương

đa ổ (chiếm 11,6%). Theo Yoshihiro Sakamoto nghiên cứu 419 bệnh nhân, u 1 khối chiếm 75,4%, u nhiều khối chiếm 24,6%, u < 5cm chiếm 56,1% u ≥ 5cm chiếm 43,9% [3].

Típ mô bệnh học: ung thư biểu mô tuyến chiếm chủ yếu với 81,5%. Có thay đổi so với nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt ung thư biểu mô tuyến chiếm 73,33%, ung thư biểu mô tuyến nhày 16,67%, ít gặp hơn là ung thư tế bào vảy (chiếm 5%), còn lại là ung thư thể hỗn hợp giữa ung thư đường mật và ung thư tế bào gan (chiếm 5%) [2]. UTĐMTG trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp là ung thư thể hỗn hợp, đây là thể rất hiếm gặp trong UTĐMTG với hình ảnh vi thể có cả cấu trúc của ung thư biểu mô tuyến và ung thư tế bào gan. Trong nghiên cứu của Yoshiko trên 1174 trường hợp các khối u gan đường mật tại Tokyo từ 1978 – 1998 tỷ lệ ung thư thể hỗn hợp chỉ có 2,4% (28 trường hợp) [3].

Di căn hạch: nghiên cứu của chúng tôi có 2/18 trường hợp di căn hạch (chiếm 11,1%). Ohtsuka (2002) nghiên cứu trên 62 trường hợp [7], J.L. Huang (2004) qua 31 trường hợp kết luận di căn hạch không làm ảnh hưởng thời gian sống sau mổ [6], có trường hợp di căn hạch sống trên 3 năm. Theo Sakamoto.Y, ung thư đường mật có di căn hạch tiên lượng xấu, chỉ định còn nhiều tranh cãi [2], trong nghiên cứu cũng đánh giá không có sự khác biệt đáng kể nào về tỉ lệ sống của nhóm T1-3N1M0 và nhóm T4N0M0.

Giai đoạn bệnh: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, UTĐMTG chủ yếu gặp ở giai đoạn IIIA chiếm 66,7%, giai đoạn IIIB chiếm 29,8%. Hiệp hội phẫu thuật đường mật Nhật Bản (2002), hiệp hội này đã tổng kết kết quả điều trị sau 10 năm trên 11030 trường hợp: phẫu thuật mang tính triệt căn chỉ đạt 40%, tỷ lệ sống thêm sau mổ đối với giai đoạn I là 47 – 77%, giai đoạn II là 20 – 50%, giai đoạn III, IV là 10 – 19% [7].

4.4. Biến chứng

Biến chứng sau mổ trong đề tài chúng tôi thấy: suy gan có 4 trường hợp chiếm 14,8%, tràn dịch màng phổi chiếm 22,2%, nhiễm khuẩn vết mổ, áp xe tồn dư chiếm 3,7%. Theo Trịnh Quốc Đạt, trong số 60 bệnh nhân nghiên cứu có 4 trường hợp biến chứng sau mổ (6,7%) bao gồm 1 tràn dịch màng phổi, 2 áp xe dưới hoành, 1 rò mật, tất cả các trường hợp biến chứng điều trị nội và có 2 trường hợp nặng xin về (3,3%) [2]. Nghiên cứu của Đoàn Thanh Tùng tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2001 – 2005 tỷ lệ biến chứng sau mổ của UTĐMTG là

10,2% trong đó tỷ lệ tử vong tại viện là 8,2% [8]. Ngô Đắc Sáng: suy gan 3,47%; suy thận 0,32%; tràn dịch màng phổi 11,99%; chảy máu 1,26%; rò mật 1,89% điều trị nội khoa ổn định; áp xe tồn dư 0,32%; dịch cổ trướng là 8,52% [5].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu qua 27 trường hợp được phẫu thuật cắt gan phải điều trị ung thư đường mật trong gan cho thấy: giải phẫu bệnh sau mổ ung thư biểu mô tuyến của đường mật (81,5%), tỷ lệ di căn hạch cuống gan là 11,1%, chủ yếu ở giai đoạn IIIA chiếm 66,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình: 166,3 ± 55,4 phút.

Biến chứng thường gặp: tràn dịch màng phổi (22,2%), suy gan (14,8%). Phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo: I (66.7%), II (18.5%), IIIA (14,8%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện.

Phẫu thuật cắt gan phải điều trị ung thư đường mật trong gan là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Banales JM, Marin JJ, Lamarca A et al., Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management, Nature reviews Gastroenterology & hepatology, 17 (9), 2020, pp. 557-588.
- [2] Trần Quốc Đạt, 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.
- [3] Shimada M, Yamashita Y, Aishima S et al., Value of lymph node dissection during resection of intrahepatic cholangiocarcinoma, Journal of British Surgery, 88 (11), 2001, pp. 1463-1466.
- [4] Gil E, Joh J-W, Park HC et al., Predictors and patterns of recurrence after curative liver resection in intrahepatic cholangiocarcinoma, for application of postoperative radiotherapy: a retrospective study, World journal of surgical oncology, 13, 2015, pp. 1-9.
- [5] Nguyễn Thị Duyên, Nguyễn Thúy Hương, Đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đường mật trong gan theo phân loại WHO 2019 tại

- Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2019-2022, Tạp chí Y học Việt Nam, 521 (2), 2022.
- [6] Nishikawa H, Osaki Y, Clinical significance of occult hepatitis B infection in progression of liver disease and carcinogenesis, *Journal of Cancer*, 4 (6), 2013, pp. 473.
- [7] Chen HY, Juan CC, Ker CG., Laparoscopic liver surgery for patients with hepatocellular carcinoma, *Annals of surgical oncology*, 15, pp. 800-806, 2008.
- [8] Harrison L, Fong Y, Klimstra D et al., Surgical treatment of 32 patients with peripheral intrahepatic cholangiocarcinoma, *British journal of surgery*, 85 (8), pp. 1068-1070, 1998.
- [9] Lê Lộc, Kinh nghiệm qua 1245 trường hợp cắt gan ung thư, *Tạp chí Gan mật Việt Nam*, 13, pp. 36 – 45, 2010.
- [10] Văn Tần, Ung thư gan nguyên phát: Chỉ định điều trị, phẫu thuật và kết quả, *Y học TP HCM*, 8(1), 2004, pp. 589-600.

