OUTCOMES OF OPEN MAJOR HEPATECTOMY FOR LIVER MALIGNANCIES AT THE VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Cao Manh Thau*, Pham Gia Anh, Nguyen Van Cong,
Pham Thanh Tung, Vo Thi Huyen Trang, Trinh Hong Son, Bui Tien Cong

Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 05/06/2026
Revised: 14/07/2026; Accepted: 04/08/2026

ABSTRACT

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics and evaluate early outcomes of open major hepatectomy for liver cancer.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 80 patients who underwent open major hepatectomy at the Department of Oncology and Radiotherapy, Viet Duc University Hospital from January 2016 to December 2022.

Results: The mean age was 52.9 ± 12.5 years, and 73.7% were male. Hepatocellular carcinoma was the most common histological type (67.5%). Tumors ≥ 5 cm accounted for 86.3% of cases. The combined Ton That Tung - Lortat-Jacob technique was used in 92.5% of patients. Mean operative time was 233.4 ± 64.7 minutes, and intraoperative blood transfusion was required in 27.5%. R0 resection was achieved in 91.3% of cases. Postoperative complications included pleural effusion (42.5%) and liver failure (3.8%). No bile leakage, reoperation, or postoperative mortality was recorded. Mean postoperative hospital stay was 11.4 ± 3.9 days. Intra- and postoperative blood transfusion was significantly associated with postoperative complications ($p < 0.05$).

Conclusion: Open major hepatectomy for liver cancer demonstrates favorable early outcomes and high safety.

Keywords: Major hepatectomy, liver cancer, postoperative complications, early outcomes.

*Corresponding author
Email: thauvduc@gmail.com **Phone**: (+84) 988268088 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6284

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỞ CẮT GAN LỚN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Cao Mạnh Thấu*, Phạm Gia Anh, Nguyễn Văn Công,
Phạm Thanh Tùng, Võ Thị Huyền Trang, Trịnh Hồng Sơn, Bùi Tiến Công

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, phường Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 05/06/2026
Ngày sửa: 14/07/2026; Ngày đăng: 04/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật mở cắt gan lớn trong điều trị ung thư gan.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 80 bệnh nhân được phẫu thuật mở cắt gan lớn tại Khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2022.

Kết quả: Tuổi trung bình là 52,9 ± 12,5 tuổi, nam giới chiếm 73,7%. Ung thư biểu mô tế bào gan chiếm tỷ lệ cao nhất (67,5%). Khối u ≥ 5 cm chiếm 86,3%. Kỹ thuật phối hợp Tôn Thất Tùng - Lortat-Jacob được sử dụng trong 92,5% trường hợp. Thời gian mổ trung bình 233,4 ± 64,7 phút, truyền máu trong mổ 27,5%. Tỷ lệ diện cắt âm tính đạt 91,3%. Biến chứng tràn dịch màng phổi chiếm 42,5%, suy gan 3,8%. Không ghi nhận rò mật, mổ lại hoặc tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 11,4 ± 3,9 ngày. Truyền máu trong và sau mổ có liên quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng sau phẫu thuật (p < 0,05).

Kết luận: Phẫu thuật mở cắt gan lớn trong điều trị ung thư gan cho kết quả sớm khả quan và tính an toàn cao.

Từ khóa: Cắt gan lớn, ung thư gan, biến chứng sau mổ, kết quả sớm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan gồm ung thư gan nguyên phát và thứ phát, là bệnh lý ác tính có tỷ lệ mắc và tử vong cao. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị như đốt sóng cao tần, nút động mạch hóa chất, xạ trị chọn lọc và điều trị toàn thân, tuy nhiên phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp triệt căn quan trọng nhất ở các trường hợp còn chỉ định. Cắt gan lớn là phẫu thuật phức tạp, thường được định nghĩa là cắt từ 3 phân thùy gan trở lên [1]. Dù có tiến bộ về gây mê hồi sức, chẩn đoán hình ảnh và kỹ thuật phẫu thuật, cắt gan lớn vẫn tiềm ẩn nhiều nguy cơ như chảy máu, suy gan, rò mật và biến chứng hô hấp. Do đó, việc đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả điều trị của phẫu thuật này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá riêng về phẫu thuật cắt gan lớn trong điều trị ung thư gan còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm cắt gan lớn điều trị ung thư gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2022.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Lấy mẫu thuận tiện 80 trường hợp thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.4. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư gan nguyên phát hoặc thứ phát, được phẫu thuật mở cắt gan lớn điều trị ung thư gan.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ khẳng định chẩn đoán ung thư gan nguyên phát hoặc thứ phát; có đầy đủ hồ sơ bệnh án, kết quả cận lâm sàng, biên bản phẫu thuật và giải phẫu bệnh.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Các trường hợp phẫu thuật cấp cứu do u gan vỡ hoặc các nguyên nhân cấp cứu khác.

2.5. Các biến số, nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ: tuổi, giới, tiền sử bệnh, xét nghiệm huyết học và sinh hóa, đặc điểm khối u trên chẩn đoán hình ảnh, thể tích gan còn lại, phân loại Child-Pugh.

- Đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật: đường mổ, phương pháp và hình thái cắt gan, kiểm soát cuống gan, phương tiện cắt nhu mô gan, tai biến trong mổ, kết quả giải phẫu bệnh.

- Kết quả sớm sau mổ bao gồm xét nghiệm huyết học và sinh hóa ngày 1 và ngày 5, biến chứng sau mổ (tràn dịch màng phổi, rò mật, chảy máu, suy gan, áp xe tồn dư), tỉ lệ tử vong, thời gian rút dẫn lưu và thời gian nằm viện. Biến chứng được phân loại theo Clavien-Dindo (độ I-V). Suy gan sau mổ được xác định theo tiêu chuẩn "50-50" của Belghiti (PT < 50% và bilirubin > 50 µmol/L vào ngày thứ 5 sau mổ). Rò mật được định nghĩa theo Moritz Koch khi nồng độ bilirubin trong dịch dẫn lưu cao hơn trong máu ít nhất 3 lần vào ngày thứ 3 sau mổ. Chảy máu sau mổ được xác định theo Reissfelder khi mất hemoglobin > 3 g/dL so với kết quả ngay sau mổ, cần truyền máu hoặc can thiệp.

*Tác giả liên hệ
Email: thauvduc@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 988268088 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6284

2.6. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test để so sánh các tỷ lệ, kiểm định t-test để so sánh các giá trị trung bình. Các phép kiểm định được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện với sự cho phép của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Đây là nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp điều trị. Thông tin người bệnh được mã hóa, bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,9 ± 12,5 tuổi (11-76 tuổi), trong đó nhóm 51-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (37,5%). Nam giới chiếm 73,7% với tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1. BMI trung bình là 21,6 ± 2,3 kg/m^2. Tất cả bệnh nhân đều Child-Pugh A trước mổ. Trên hình ảnh học, 41,3% có xơ gan. Trong 51 bệnh nhân được đánh giá thể tích gan, thể tích gan còn lại trung bình là 621,3 ± 147,7 cm^3, tương ứng RLVBWR 1,1 ± 0,2%. Huyết khối tĩnh mạch gan ghi nhận ở 2,5%. Kết quả của một số yếu tố khác được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh gan nền và khối u trước phẫu thuật (n = 80)

Đặc điểm	Phân loại	n (%)
Bệnh gan nền	Viêm gan B	47 (58,8)
	Viêm gan C	3 (3,7)
Huyết khối tĩnh mạch cửa	Không có	70 (87,5)
	Nhánh trái	4 (5,0)
	Nhánh phải	6 (7,5)
Số lượng khối u	1 khối	64 (80,0)
	2-3 khối	11 (13,7)
	> 3 khối	5 (6,3)
Kích thước khối u lớn nhất	< 5 cm	11 (13,7)
	≥ 5 cm	69 (86,3)
Xâm lấn tạng xung quanh	Dạ dày	1 (1,2)
	Cơ hoành	3 (3,8)
	Không xâm lấn	76 (95,0)

Viêm gan B là bệnh gan nền phổ biến nhất (58,8%). Huyết khối tĩnh mạch cửa gặp 12,5%. Đa số bệnh nhân có u đơn độc (80%) và kích thước ≥ 5 cm (86,3%). Một trường hợp có xâm lấn cả dạ dày và cơ hoành.

3.2. Đặc điểm trong phẫu thuật

Trong mổ, phần lớn bệnh nhân có nhu mô gan xơ hoặc xơ gan đầu đinh (63,8%), trong khi 28,7% không xơ và 7,5% gan nhiễm mỡ. Hạch cuống gan chủ yếu không to (45%), tuy nhiên vẫn ghi nhận 27,5% hạch to mềm, 11,3% hạch to chắc và 16,2% không đánh giá được. Xâm lấn tạng xung quanh được phát hiện ở 16,3% trường hợp, chủ yếu là cơ hoành (15%) và dạ dày (1,3%), trong khi 83,2% không có xâm lấn. Kết quả kỹ thuật trong phẫu thuật trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm kỹ thuật trong phẫu thuật (n = 80)

Nhóm biến	Nội dung	n	%
Cách thức phẫu thuật	Phối hợp Tôn Thất Tùng - Lortat-Jacob	74	92,5%
	Lortat-Jacob	5	6,2%
	Takasaki	1	1,3%
Hình thái cắt gan	Cắt gan phải	43	53,8%
	Cắt gan trái	22	27,5%
	Cắt gan mở rộng (IV, S1, phân thùy...)	15	18,7%
Phương tiện cắt gan	Panh Kelly + curettage	41	51,2%
	Panh Kelly đơn thuần	35	43,7%
	Dao siêu âm/Ligasure	4	5,1%
Xử lý diện cắt gan	Bơm kiểm tra rò mật (có thực hiện)	68	85,0%
	Phát hiện rò mật trong mổ	17	21,3%
	Che phủ diện cắt bằng Surgicel	51	63,7%
	Che phủ mạc nối lớn/ phối hợp	15	18,8%
	Không che phủ	14	17,5%
Tạng cắt kèm theo	Cơ hoành	7	8,8%
	Đại tràng	2	2,5%
	Dạ dày ± tá tràng	2	2,6%
Tai biến trong mổ	Có tai biến	5	6,5%
	Không tai biến	75	93,5%

Phẫu thuật chủ yếu theo phương pháp phối hợp Tôn Thất Tùng - Lortat-Jacob (92,5%), với cắt gan phải chiếm ưu thế (53,8%). Phần lớn sử dụng panh Kelly kết hợp curettage để cắt nhu mô gan (51,2%), kiểm tra rò mật được thực hiện ở đa số trường hợp (85%). Tỷ lệ tai biến trong mổ thấp (6,5%), chủ yếu liên quan tổn thương mạch máu và cơ hoành.

3.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình 233,4 ± 64,7 phút (120-420 phút). Có 36 trường hợp (45%) xuất hiện ít nhất 1 biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 11,4 ± 3,9 ngày. Kết quả sớm sau phẫu thuật và mối liên quan biến chứng được trình bày trong bảng 3, bảng 4 và biểu đồ 1.

Bảng 3. Kết quả sớm sau phẫu thuật (n = 80)

Nội dung	Phân loại	Kết quả
Diện cắt	Âm tính (R0)	73 (91,3%)
	Dương tính (R1)	7 (8,7%)

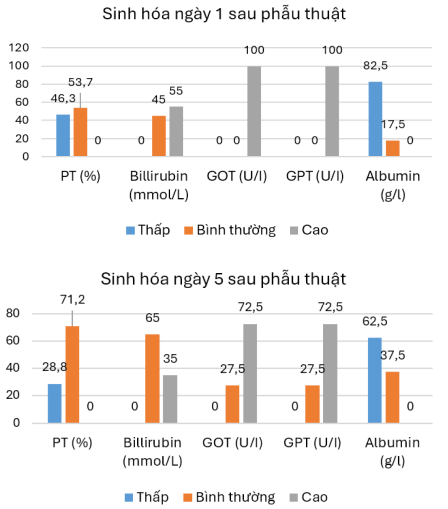
Nội dung	Phân loại	Kết quả
Mô bệnh học	HCC	54 (67,5%)
	ICC	15 (18,7%)
	Di căn gan	4 (5,0%)
	Hỗn hợp gan-mật	4 (5,0%)
	Angiosarcoma	2 (2,5%)
	Hepatoblastoma	1 (1,3%)
	Di căn hạch	8/75 (10,7%)
Biến chứng sau mổ	Không biến chứng	44 (55,0%)
	Có biến chứng	36 (45,0%)
	Tràn dịch màng phổi	34 (42,5%)
	Ổ dịch tồn dư	11 (13,8%)
	Suy gan	3 (3,8%)
	Suy hô hấp	1 (1,3%)
Biến chứng theo mức độ	Clavien-Dindo I	25 (31,2%)
	Clavien-Dindo II	4 (5,0%)
	Clavien-Dindo IIIa	3 (3,8%)
	Clavien-Dindo IVa	4 (5,0%)
	Clavien-Dindo IIIb-V	0

Tràn dịch màng phổi là biến chứng thường gặp nhất (42,5%). Biến chứng nặng (Clavien-Dindo IIIa-IVa) ghi nhận ở 7 bệnh nhân (8,8%), bao gồm 3 trường hợp suy gan và 1 trường hợp suy hô hấp do viêm phổi. Không ghi nhận trường hợp rò mật, mổ lại hoặc tử vong sau phẫu thuật.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật

Yếu tố	Không biến chứng	Có biến chứng	p
Tuổi ≤ 60 (n = 56)	29 (51,8%)	27 (48,2%)	> 0,05
Tuổi > 60 (n = 24)	15 (62,5%)	9 (37,5%)	
BMI < 25 kg/m^2 (n = 76)	34 (44,7%)	42 (55,3%)	> 0,05
BMI ≥ 25 kg/m^2 (n = 4)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
Xơ gan (n = 51)	26 (51,0%)	25 (49,0%)	> 0,05
Không xơ gan (n = 29)	18 (62,1%)	11 (37,9%)	
Kích thước u ≥ 5 cm (n = 69)	36 (52,2%)	33 (47,8%)	> 0,05
Kích thước u < 5 cm (n = 11)	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Truyền máu trong/ sau mổ (n = 34)	14 (41,2%)	20 (58,8%)	< 0,05
Không truyền máu (n = 46)	30 (65,2%)	16 (34,8%)	

Truyền máu trong và sau mổ liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ xuất hiện biến chứng (58,8% so với 34,8%, p < 0,05). Các yếu tố khác không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ biến chứng sau mổ (p > 0,05).



Biểu đồ 1. Đánh giá chức năng gan sau phẫu thuật

So sánh ngày 1 và ngày 5 sau mổ cho thấy các chỉ số chức năng gan (PT, bilirubin toàn phần, GOT, GPT, albumin) đều có xu hướng cải thiện, phản ánh sự hồi phục chức năng gan sau phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt gan lớn vẫn là một trong những thách thức của ngoại khoa gan mật do nguy cơ suy gan sau mổ, biến chứng nặng và tử vong hậu phẫu, đặc biệt ở những bệnh nhân có khối u lớn hoặc chức năng gan suy giảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù tỷ lệ các trường hợp phức tạp còn cao, bao gồm 86,3% khối u ≥ 5 cm và 63,8% bệnh nhân có xơ gan hoặc xơ hóa tiến triển, tỷ lệ tử vong bằng 0 và tỷ lệ diện cắt R0 đạt 91,3%. Kết quả này cho thấy phẫu thuật cắt gan lớn có thể được thực hiện an toàn tại các trung tâm chuyên sâu nếu lựa chọn và chuẩn bị bệnh nhân phù hợp.

Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu phù hợp với dịch tễ học ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Tuổi trung bình 52,9 tương đương các nghiên cứu của Nguyễn Cường Thịnh và cộng sự (53 tuổi) [2], Ninh Việt Khải (52,3 tuổi) [3], nhưng thấp hơn so với các nghiên cứu ở phương Tây như Figueras J và cộng sự (62 tuổi) [4]. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (73,7%) phản ánh đặc điểm điển hình của HCC liên quan viêm gan virus. Ngoài ra, 67,5% trường hợp là HCC và phần lớn bệnh nhân có gánh nặng u lớn, cho thấy tình trạng phát hiện muộn và hạn chế trong thăm khám sàng lọc tại Việt Nam hiện nay. Điều này khác biệt so với các quần thể phương Tây, nơi khối u nhỏ và bệnh gan không do virus chiếm ưu thế.

Mặc dù vậy, tỷ lệ cắt R0 đạt 91,3%, tương đương các trung tâm phẫu thuật gan mật lớn trên thế giới. Điều này cho thấy kích thước khối u không nên được xem là chống chỉ định tuyệt đối của phẫu thuật, mà khả năng cắt bỏ phụ thuộc chủ yếu vào chức năng gan, thể tích gan còn lại và mức độ xâm lấn mạch máu. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của BCLC và EASL [5-6], trong đó phẫu thuật vẫn được chỉ định cá thể hóa ở bệnh nhân có chức năng gan bảo tồn và thể tích gan còn lại đảm bảo, ngay cả khi u kích thước lớn.

Về kỹ thuật, phương pháp phối hợp Tôn Thất Tùng - Lortat-Jacob được sử dụng trong 92,5% trường hợp, phản ánh chiến lược kiểm soát cuống gan linh hoạt trong mổ.

So với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng, trong đó kỹ thuật Takasaki chiếm ưu thế, phương pháp trong nghiên cứu này nhấn mạnh tính cá thể hóa theo giải phẫu thực tế [7]. Thời gian phẫu thuật trung bình 233,4 ± 64,7 phút tương đương các báo cáo lớn như Jarnagin W.R và cộng sự (253 phút) [8], cho thấy tính khả thi của kỹ thuật ngay cả trong các trường hợp cắt gan lớn phức tạp.

Tỷ lệ biến chứng chung là 45%, tương đương Jarnagin W.R và cộng sự (45%) [8] và Ninh Việt Khải (44,5%) [3]. Tuy nhiên, phần lớn là biến chứng nhẹ (Clavien-Dindo I-II chiếm 36,2%), cho thấy đa số biến cố có thể kiểm soát được về mặt lâm sàng. Tràn dịch màng phổi là biến chứng thường gặp nhất (42,5%), tương tự Ninh Việt Khải (41,7%) [3] nhưng thấp hơn Trịnh Quốc Đạt (83,8%) [9]. Biến chứng này chủ yếu liên quan đến thao tác giải phóng gan khỏi cơ hoành và thay đổi dẫn lưu bạch huyết sau mổ. Hầu hết trường hợp đáp ứng tốt với điều trị nội khoa và không để lại di chứng lâu dài. Biến chứng nặng (Clavien-Dindo IIIa-IVa) chiếm 8,8%, trong đó suy gan sau mổ chiếm 3,8%. Tỷ lệ này thấp hơn Trịnh Quốc Đạt (16,1%) [9] và tương đương Figueras J và cộng sự (1,25%) [4]. Kết quả này phản ánh sự hiệu quả của đánh giá toàn diện trước mổ, bao gồm phân loại Child-Pugh, đánh giá thể tích gan còn lại. Điều này phù hợp với quan điểm của Makuuchi M và cộng sự rằng sự kết hợp giữa chức năng gan và thể tích gan còn lại là yếu tố quyết định nguy cơ suy gan sau cắt gan lớn [10].

Đặc biệt, nghiên cứu không ghi nhận tử vong sau mổ. Đây là kết quả đáng chú ý vì tỷ lệ tử vong trong cắt gan lớn tại các trung tâm lớn thường dao động 0,8-3%. Kết quả này cho thấy mức độ an toàn cao của phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, ngay cả khi tỷ lệ bệnh nhân có khối u lớn và gan xơ cao. Phân tích yếu tố nguy cơ cho thấy chỉ truyền máu trong và sau mổ liên quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng hậu phẫu (58,8% so với 34,8%, $p < 0,05$), trong khi các yếu tố khác như tuổi, BMI, xơ gan và kích thước u không có ý nghĩa. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế, trong đó truyền máu được xem là yếu tố phản ánh mức độ phẫu thuật khó và đồng thời có thể gây ảnh hưởng miễn dịch bất lợi, làm tăng nguy cơ biến chứng.

Một điểm đáng chú ý là chức năng gan có xu hướng hồi phục sớm sau mổ, thể hiện qua cải thiện các chỉ số PT, bilirubin, GOT, GPT và albumin từ ngày 1 đến ngày 5 sau phẫu thuật. Điều này phản ánh khả năng hồi phục chức năng gan tốt khi thể tích gan còn lại đủ và bệnh nhân được lên kế hoạch kỹ lưỡng trước mổ.

Bên cạnh đó, nghiên cứu này có một số hạn chế, bao gồm thiết kế hồi cứu đơn trung tâm, nguy cơ sai lệch chọn mẫu, cỡ mẫu còn hạn chế và tính không đồng nhất về loại ung thư gan. Ngoài ra, nghiên cứu chỉ đánh giá kết quả ngắn hạn mà chưa phân tích sống còn dài hạn và tái phát. Các nghiên cứu đa trung tâm với thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để đánh giá toàn diện hiệu quả của phẫu thuật cắt gan lớn.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan lớn điều trị các khối u ác tính của gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho kết quả sớm khả quan với tỷ lệ cắt bỏ triệt căn cao, tỷ lệ suy gan sau mổ và tử vong thấp mặc dù phần lớn bệnh nhân có khối u kích thước lớn. Đa số biến chứng sau mổ ở mức độ nhẹ và được kiểm soát hiệu quả. Truyền máu trong và sau phẫu thuật là yếu tố duy nhất liên quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng hậu phẫu, cho thấy tầm quan trọng của việc kiểm soát mất máu và tối ưu hóa kỹ thuật phẫu thuật nhằm nâng cao kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Dahiya D, Wu T, Lee C.F, Chan K.M, Lee W.C, Chen M.F. Minor versus major hepatic resection for small hepatocellular carcinoma (HCC) in cirrhotic patients: a 20-year experience. Surgery, 2010, 147 (5): 676-85. doi: 10.1016/j.surg.2009.10.043.

[2] Nguyễn Cường Thịnh, Lê Văn Thành và cộng sự. Kết quả cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng - Lortat-Jacob điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Tạp chí Y Dược học lâm sàng 108, 2011, 6 (số đặc biệt): 278-283.

[3] Ninh Việt Khải. Nghiên cứu ứng dụng cặp kiểm soát chọn lọc cuống gan trong cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, 2018.

[4] Figueras J, Lopez-Ben S, Lladó L, Rafecas A, Torras J, Ramos E et al. Hilar dissection versus the "Glissonean" approach and stapling of the pedicle for major hepatectomies. Ann Surg, 2003, 238 (1): 111-9. doi: 10.1097/01.SLA.0000074981.02000.69.

[5] Reig M, Forner A, Rimola J, Ferrer-Fàbrega J, Burrel M, Garcia-Criado Á et al. BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: the 2022 update. Journal of Hepatology, 2022, 76 (3): 681-93. doi: 10.1016/j.jhep.2021.11.018.

[6] European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on the management of hepatocellular carcinoma. Journal of Hepatology, 2025, 82 (2): 315-374. doi: 10.1016/j.jhep.2024.08.028.

[7] Nguyễn Hoàng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan do ung thư tế bào gan sau nút động mạch gan. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2017.

[8] Jarnagin W.R, Gonen M, Fong Y, DeMatteo R.P, Ben-Porat L, Little S et al. Improvement in perioperative outcome after hepatic resection. Ann Surg, 2002, 236 (4): 397-407. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1422593/

[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 văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.

[10] Makuuchi M, Takayasu K, Takuma T, Yamazaki S, Hasegawa H, Nishiura S et al. Preoperative transcatheter embolization of the portal venous branch for patients receiving extended lobectomy due to the bile duct carcinoma. The Journal of the Japanese Practical Surgeon Society, 1984, 45 (12): 1558-64. doi: 10.3919/ringe1963.45.1558