# Kết quả 05 năm phẫu thuật nội soi cắt gan lớn điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

## Five-year outcomes of laparoscopic major hepatectomy for hepatocellular carcinoma at 108 Military Central Hospital

**Vũ Văn Quang[1]*, Lê Trung Hiếu[1], Phan Văn Trung[1], Trần Mạnh Thắng[2], và Nguyễn Xuân Hoà[3]**

*[1]Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,*
*[2]Viện Khoa học Sức khoẻ - Đại học Vinuni,*
*[3]Bệnh viện Thống Nhất*

**Tóm tắt**

*Mục tiêu:* Phẫu thuật nội soi (PTNS) không ngừng phát triển và dần thay thế mổ mở truyền thống trong phần lớn các phẫu thuật ổ bụng. Tuy nhiên, đối với phẫu thuật cắt gan, tỷ lệ mổ mở vẫn còn tương đối cao, đặc biệt đối với các trường hợp cắt gan lớn. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sau 5 năm áp dụng phẫu thuật nội soi cắt gan lớn trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu hồi cứu nhóm bệnh nhân UTBMTBG được PTNS cắt gan lớn tại Khoa Phẫu thuật Gan tụy mật, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023. *Kết quả:* Tổng cộng có 94 trường hợp PTNS cắt gan lớn điều trị UTBMTBG được thực hiện, trong đó phần lớn là cắt gan trái (74,5%). Thời gian mổ trung bình là 202,26 ± 89,16 phút, lượng máu mất trung bình là 257,38 ± 123,84mL. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 10,4%, tai biến trong mổ xảy ra ở 9,6% trường hợp và biến chứng chung chiếm 13,8%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 8,08 ± 2,35 ngày với tỷ lệ tái nhập viện là 2,1%, tỷ lệ tử vong và mổ lại là 1,1%. Về kết quả dài hạn, thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh lần lượt là 50,66 ± 2,58 tháng và 42,88 ± 2,80 tháng. *Kết luận:* Áp dụng PTNS cắt gan lớn điều trị UTBMTBG là phương án an toàn, khả thi, ít xâm lấn giúp bệnh nhân phục hồi sớm sau mổ và mang lại kết quả dài hạn khả quan. PTNS cắt gan lớn có thể trở thành tiêu chuẩn vàng ở những bệnh nhân được lựa chọn đúng chỉ định.

*Từ khóa:* Phẫu thuật cắt gan, cắt gan lớn, ung thư biểu mô tế bào gan, phẫu thuật nội soi.

**Summary**

*Objective:* Laparoscopic surgery has continuously evolved and is gradually replacing conventional open surgery in most abdominal procedures. However, for liver surgery, the rate of open surgery remains relatively high, especially in major hepatectomies. This study aims to evaluate the outcomes of laparoscopic major hepatectomies for hepatocellular carcinoma (HCC) over a five-year period. *Subject and method*: A retrospective study was conducted on HCC patients who underwent laparoscopic major hepatectomy at the Department of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, 108 Military Central Hospital, from January 2019 to December 2023. *Result*: A total of 94 cases of laparoscopic major hepatectomy for HCC

*Ngày nhận bài: 03/3/2025, ngày chấp nhận đăng: 28/4/2025*

** Tác giả liên hệ: quangptth108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

were performed. The most common procedures were left hepatectomy (74.5%). The average operative time was 202.26 ± 89.16 minutes, with a mean blood loss of 257.38 ± 123.84mL. The conversion rate to open surgery was 10.4%, while intraoperative complications occurred in 9.6% of cases. Overall postoperative complication rates were 13.8%. The average hospital stay was 8.08 ± 2.35 days, with a readmission rate of 2.1%. The mortality and reoperation rates were both 1.1%. Regarding long-term outcomes, the overall survival time was 50.66 ± 2.58 months, while disease-free survival was 42.88 ± 2.80 months. *Conclusion:* Laparoscopic major hepatectomy for HCC is a safe and feasible approach. It is minimally invasive, facilitates faster recovery, and provides favorable long-term outcomes. With appropriate patient selection, laparoscopic major hepatectomy could become the gold standard for HCC.

*Keywords*: Hepatectomy, major hepatectomy, hepatocellular carcinoma, laparoscopy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) thường phát triển trên nền gan xơ (75-80% trường hợp), đôi khi trên bệnh gan mạn tính không xơ gan và hiếm khi trên gan khỏe mạnh. UTBMTBG là một trong những khối u ác tính phổ biến nhất ở các nước châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng với tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng ở những bệnh nhân (BN) mắc bệnh gan mạn tính, đặc biệt là những BN xơ gan liên quan đến HCV và HBV. Tại Việt Nam, ung thư gan là loại ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân gây tử vong số một đối với BN ung thư (26.418 ca mắc mới; 25.272 ca tử vong hàng năm) [1].

Bất chấp những thành tựu của ghép gan đối với UTBMTBG, phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp điều trị được lựa chọn phổ biến cho UTBMTBG vì tình trạng khan hiếm người hiến cũng như tính phức tạp về mặt kỹ thuật trong ghép gan. Chỉ định cắt gan chỉ có thể được thực hiện ở 25-30% BN và tỷ lệ sống sót sau 5 năm của những BN không được điều trị là 5% [2].

Với sự phát triển không ngừng về kỹ thuật, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gan hiện nay đang được kỳ vọng là một giải pháp thay thế cho mổ mở truyền thống để kiểm soát các tổn thương gan ác tính. Tuy nhiên, tiến bộ trong PTNS cắt gan tiến triển còn chậm do nguy cơ chảy máu ồ ạt và khó lường trước trong quá trình cắt gan. Hội nghị đồng thuận quốc tế đầu tiên về PTNS cắt gan tổ chức tại Louisville vào năm 2008, Hoa Kỳ [3]. Kể từ đó, số ca PTNS cắt gan đã tăng đều đặn trên toàn thế giới và đặc biệt ở Đông Á, Bắc Mỹ và châu Âu. Đến năm 2014, hội nghị đồng thuận lần thứ hai được tổ chức tại Morioka, Nhật Bản, để xác định vai trò hiện tại của PTNS trong cắt gan [3]. Hội nghị thống nhất PTNS cắt gan lớn là một kỹ thuật mới, có những rủi ro chưa được nghiên cứu đầy đủ và cần nên được áp dụng một cách thận trọng. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này là: *Đánh giá kết quả sau 5 năm áp dụng PTNS cắt gan lớn điều trị UTBMTBG tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### *2.1. Định nghĩa cắt gan lớn*

Cắt gan đã được phân loại theo Brisbane 2000 như sau: Cắt gan trái, cắt gan phải, cắt phân thuỳ (trước, sau, giữa và bên), cắt hai hạ phân thuỳ, và cắt hạ phân thuỳ và cắt hình chêm. Với mục tiêu của nghiên cứu này, cắt gan lớn được định nghĩa là cắt ≥ 3 hạ phân thuỳ gan. Định nghĩa này thống nhất với hội nghị đồng thuận quốc tế về PTNS cắt gan lần thứ 2.

### *2.2. Đối tượng*

Đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả BN được chẩn đoán trước mổ là UTBMTBG được chỉ định cắt gan lớn nội soi tại Khoa Phẫu thuật Gan - Mật - Tuỵ, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023.

*Tiêu chuẩn chọn bệnh:*

BN được chẩn đoán UTBMTBG.

Có chỉ định và được tiến hành mổ cắt gan lớn nội soi.

Đảm bảo đủ tiêu chí về phẫu thuật cắt gan.

Không có chống chỉ định phẫu thuật về mặt gây mê hồi sức.

BN và gia đình tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

Các trường hợp chỉ thực hiện phẫu thuật thăm dò chẩn đoán nhưng không cắt gan (vì gan xơ quá nặng, di căn xa...).

Phẫu thuật cắt gan kết hợp với một phẫu thuật khác.

### *2.3. Phương pháp*

Nghiên cứu hồi cứu.

*Chỉ tiêu nghiên cứu*

Các đặc điểm lâm sàng, bệnh lý gan nền và cận lâm sàng của BN được ghi nhận trước mổ.

Ghi nhận các kỹ thuật trong mổ (loại cắt gan, kỹ thuật cắt gan), đánh giá kết quả phẫu thuật và các yếu tố liên quan trong lúc mổ (lượng máu mất, thời gian phẫu thuật, tai biến trong lúc mổ).

BN được theo dõi hậu phẫu, đánh giá ngày nằm viện và các biến chứng sớm của phẫu thuật (tử vong, suy gan, chảy máu, rò mật, viêm phổi, dịch tồn lưu, nhiễm khuẩn vết mổ), cũng như tỷ lệ tái nhập viện và mổ lại trong vòng 30 ngày sau mổ.

Về kết quả xa, chúng tôi đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ, và thời gian sống không bệnh.

*Phân tích số liệu*

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính toán các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống không bệnh phân tích theo phương pháp Kaplan-Meier.

*Đạo đức nghiên cứu*

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của bệnh viện trước khi tiến hành. Các dữ liệu của BN chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ

### *3.1. Đặc điểm bệnh nhân*

Bảng 1 và Bảng 2 tóm tắt những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ của các BN tham gia nghiên cứu, chúng ta nhận thấy rằng nam giới chiếm đa số (78,7%) và tuổi trung bình là 58,59 ± 12,25. Nguyên nhân gây ung thư gan phổ biến nhất là viêm gan B (67%). Các chỉ số cận lâm sàng ở những BN có chỉ định phẫu thuật cắt gan đều ở trong mức giới hạn bình thường, ngoại trừ ghi nhận sự gia tăng chỉ số đánh giá khối u là AFP (583,03 ± 1938,17ng/mL) và PIVKA-II (756,16 ± 1164,15mAU/mL).

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng**

| Chỉ số | Số bệnh nhân (n = 94) |
|---|---|
| Giới (nam) | 74 (78,7%) |
| Tuổi (nam) | 58,59 ± 12,25 |
| Chiều cao (cm) | 162,90 ± 6,73 |
| Cân nặng (kg) | 60,62 ± 7,89 |
| BMI (kg/m$^2$) | 22,86 ± 2,75 |
| Bệnh nền (n, [%]) | |
| Tăng huyết áp | 14 (14,9%) |
| Đái tháo đường | 11 (11,7%) |
| Bệnh phổi tắc nghẽn | 1 (1,1%) |
| Bệnh gan nền (n, [%]) | |
| Viêm gan B | 63 (67%) |
| Viêm gan C | 2 (2,1%) |
| Bệnh gan khác | 9 (9,6%) |
| Phân loại ASA 1-2 (n, [%]) | 94 (100%) |

**Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng**

| Chỉ số | Số bệnh nhân (n = 94) |
|---|---|
| Tiểu cầu (G/L) | 215,70 ± 107,96 |
| Bilirubin toàn phần (umol/L) | 14,65 ± 9,42 |
| Bilirubin trực tiếp (umol/L) | 4,22 ± 4,75 |
| AST (U/L) | 79,81 ± 120,46 |
| ALT (U/L) | 81,07 ± 127,02 |
| Prothrombin time (%) | 61,56 ± 41,34 |
| INR | 1,03 ± 0,09 |
| Albumin (g/L) | 41,34 ± 2,8 |
| AFP (ng/mL) | 583,03 ± 1938,17 |
| PIVKA-II (mAU/mL) | 756,16 ± 1164,15 |

### *3.2. Các yếu tố liên quan đến cắt gan lớn*

Bảng 3 tóm tắt những thông tin về PTNS cắt gan lớn tại bệnh viện trong giai đoạn 5 năm. Số lượng PTNS cắt gan lớn tăng dần qua các năm (12 lên 33 bệnh nhân). Trong đó, áp dụng PTNS nhiều nhất

trong cắt gan trái (74,5%) và thấp nhất đối với cắt gan trung tâm (4,2%).

Trong 94 trường hợp PTNS cắt gan lớn, có 10 BN (10,6%) phải chuyển mổ mở. Trong đó chiếm chủ yếu là do tổn thương tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch gan (5/10 trường hợp). Tỷ lệ thành công của PTNS lên đến 89,4%.

**Bảng 3. Các thông tin liên quan đến phẫu thuật cắt gan lớn**

| Chỉ số | Số bệnh nhân (n = 94) |
|---|---|
| Năm phẫu thuật (n [%]) | |
| 2019 | 12 (12,8%) |
| 2020 | 9 (9,6%) |
| 2021 | 19 (20,2%) |
| 2022 | 21 (22,3%) |
| 2023 | 33 (35,1%) |
| Phương pháp phẫu thuật (n [%]) | |
| Cắt gan trái | 70 (74,5%) |
| Cắt gan phải | 20 (21,3%) |
| Cắt gan trung tâm | 4 (4,2%) |
| PTNS chuyển mổ mở (n [%]) | 10 (10,6%) |
| Chảy máu tĩnh mạch cửa | 2 (2,13%) |
| Chảy máu tĩnh mạch gan | 3 (3,2%) |
| Chảy máu tuyến thượng thận | 1 (1,1%) |
| U lớn khó tiếp cận/xâm lấn | 3 (3,2%) |
| Mất máu | 1 (1,1%) |

### *3.3. Kết quả phẫu thuật*

Bảng 4 tóm tắt những kết quả trong và sau cắt gan. Thời gian mổ trung bình là 202,26 ± 89,16 phút, lượng máu mất trung bình là 257,38 ± 123,84mL. Tai biến trong mổ xảy ra ở 9,6% trường hợp và biến chứng hậu phẫu chiếm 13,8%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 8,08 ± 2,35 ngày với tỷ lệ tử vong, tái nhập viện và mổ lại trong 30 ngày lần lượt là 1,1%, 2,1% và 1,1%.

**Bảng 4. Kết quả trong và sau mổ**

| Chỉ số | Số bệnh nhân (n = 94) |
|---|---|
| Thời gian phẫu thuật (phút) | 202,26 ± 89,16 |
| Lượng máu mất (mL) | 257,38 ± 123,84 |
| Tai biến trong mổ (n [%]) | 9 (9,6%) |
| Chảy máu tĩnh mạch cửa | 2 (2,1%) |
| Chảy máu tĩnh mạch gan | 3 (3,2%) |
| Chảy máu tuyến thượng thận | 2 (2,1%) |
| Rách cơ hoành | 2 (2,1%) |
| Tử vong | 0 (0,0%) |
| Biến chứng sau mổ (n [%]) | 13 (13,8%) |
| Đọng dịch | 4 (4,3%) |
| Nhiễm khuẩn vết mổ | 1 (1,1%) |
| Rò mật | 5 (5,3%) |
| Chảy máu | 1 (1,1%) |
| Suy gan | 1 (1,1%) |
| Viêm phổi | 1 (1,1%) |
| Thời gian nằm viện (ngày) | 8,08 ± 2,35 |
| Tử vong 30 ngày (n [%]) | 1 (1,1%) |
| Tái nhập viện 30 ngày (n [%]) | 2 (2,1%) |
| Mổ lại 30 ngày (n [%]) | 1 (1,1%) |

Bảng 5 thể hiện các chỉ số xét nghiệm theo dõi sau cắt gan được thực hiện thường quy vào các ngày 1, 3, và 5 sau mổ. Tiểu cầu và thời gian prothrombin có xu hướng giảm ở ngày hậu phẫu (HP) 1 và 3 sau đó tăng trở lại ở ngày HP5. Bilirubin toàn phần tăng cao nhất ở HP3 sau đó giảm ở HP5, trong khi đó men gan AST và ALT tăng cao nhất ngày HP1 sau đó giảm dần.

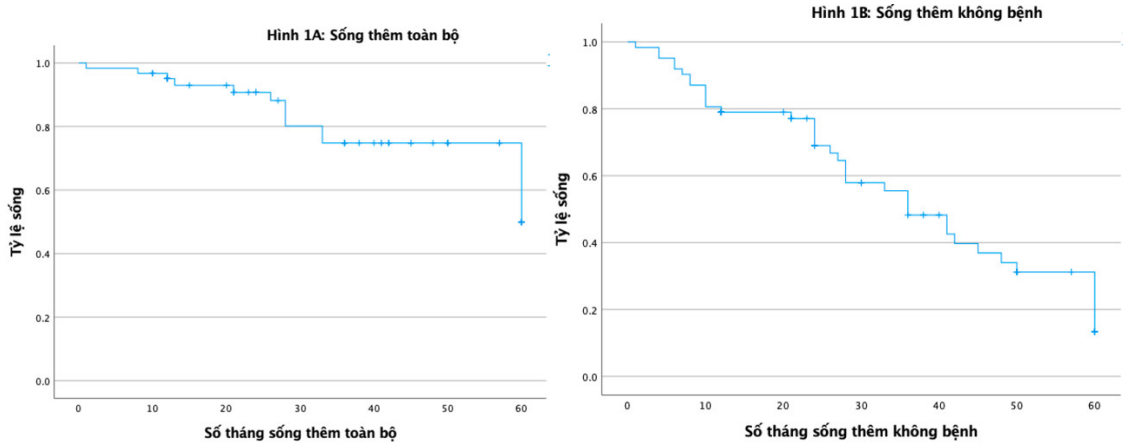
**Bảng 5. Theo dõi các chỉ số cận lâm sàng sau mổ**

| Chỉ số | Số bệnh nhân (n = 94) |
|---|---|
| **Hậu phẫu ngày thứ 01** | |
| Tiểu cầu (G/L) | 204,67 ± 110,54 |
| Prothrombin time (%) | 58,47 ± 29,88 |
| INR | 1,19 ± 0,15 |
| Bilirubin toàn phần (umol/L) | 22,89 ± 14,17 |
| AST (U/L) | 324,12 ± 337,29 |
| ALT (U/L) | 311,16 ± 252,78 |
| **Hậu phẫu ngày thứ 03** | |
| Tiểu cầu (G/L) | 179,40 ± 106,56 |
| Prothrombin time (%) | 67,31 ± 27,36 |
| INR | 1,16 ± 0,18 |
| Bilirubin toàn phần (umol/L) | 31,34 ± 19,95 |
| AST (U/L) | 134,73 ± 109,31 |
| ALT (U/L) | 243,52 ± 195,75 |

| Chỉ số | Số bệnh nhân (n = 94) |
|---|---|
| **Hậu phẫu ngày thứ 05** | |
| Tiểu cầu (G/L) | 241,50 ± 83,78 |
| Prothrombin time (%) | 84,13 ± 14,05 |
| INR | 1,11 ± 0,14 |
| Bilirubin toàn phần (umol/L) | 23,61 ± 15,41 |
| AST (U/L) | 79,74 ± 49,31 |
| ALT (U/L) | 161,83 ± 115,17 |

### *3.5. Kết quả xa*

Ước tính theo phương pháp Kaplan-Meier, thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh lần lượt là 50,66 ± 2,58 tháng và 42,88 ± 2,80 tháng. Trong đó, tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau 5 năm lần lượt là 76,2% và 41,2%.




**Biểu đồ 1.** Kết quả xa: [A] Thời gian sống thêm toàn bộ; [B] Thời gian sống thêm không bệnh

## IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt gan đã đạt nhiều thành tựu trong những thập kỷ gần đây nhờ vào sự tiến bộ của công nghệ, phát triển của hình ảnh học đánh giá trước mổ, cũng như trình độ của phẫu thuật viên ngày càng cải thiện. Một nghiên cứu phân tích tổng hợp từ 31 bài báo so sánh PTNS cắt gan (1146 BN) với mổ mở cắt gan (1327 BN) cho thấy những lợi ích của PTNS, với cùng kết quả về mặt ung thư học, bao gồm giảm mất máu, giảm biến chứng nói chung và biến chứng liên quan đến gan, giảm thời gian nằm viện [4]. Tuy nhiên, những kết quả này chưa hoàn toàn thuyết phục bởi các nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên cũng như bị ảnh hưởng do sự khác nhau trong lựa chọn bệnh nhân. Đặc biệt, đa phần nghiên cứu bao gồm các tỷ lệ lớn các trường hợp cắt gan nhỏ hoặc ung thư đại tràng di căn gan.

Cắt gan lớn, kể cả mổ mở hay PTNS, vẫn là thách thức về mặt kỹ thuật và nguy cơ biến chứng. Dù vậy, mong muốn thúc đẩy PTNS cắt gan lớn đã được đẩy mạnh nhằm giảm tổn thương và phục hồi nhanh hơn cho BN. Một báo cáo tổng hợp từ 10 trung tâm tại châu Âu trên 2245 trường hợp cắt gan nội soi, trong đó chỉ 495 trường hợp (22%) là cắt gan lớn [5]. Tuy nhiên, những cách tiếp cận này thường được một số nhà đổi mới đưa ra mà không có đánh giá thích hợp hoặc nghiên cứu được tiến hành nghiêm ngặt. Hội nghị đồng thuận quốc tế về PTNS cắt gan lần thứ hai được tổ chức tại Morioka khẳng định rằng PTNS cắt gan lớn là một quy trình đổi mới nhưng vẫn đang trong giai đoạn khám phá và học hỏi. Các chuyên gia đã đưa ra những khuyến nghị mạnh mẽ về sự cần thiết của các nghiên cứu chất lượng cao nhằm xác định vai trò và lợi ích của PTNS so với mổ mở cắt gan. Trên thế giới đã có những nghiên cứu nhằm so sánh kết quả cắt gan lớn bằng mổ mở và PTNS với các kết quả đầy hứa hẹn [6]. Tại Việt Nam, nhóm tác giả Lê Văn Thành năm 2021 đã công bố nghiên cứu đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt gan ứng dụng kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế

bào gan với kết luận về tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phương pháp này [7]. Tương tự công bố của Trần Công Duy Long cũng cho thấy về tính khả thi của PTNS cắt gan tại nước ta [8]. Mặc dù vậy, theo tìm hiểu của chúng tôi, đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá PTNS áp dụng trong cắt gan lớn.

Đường cong học tập được định nghĩa là sự cải thiện hiệu suất theo thời gian hoặc một sự thay đổi trong khả năng hoàn thành một nhiệm vụ cho đến khi thất bại giảm xuống mức tối thiểu có thể chấp nhận được và không đổi. Đường cong học tập trong PTNS cắt gan có thể tái tạo được, khả thi và thực tế, trong nghiên cứu này, thông qua việc tính số trường hợp cắt gan lớn hàng năm cho thấy sự sẵn sàng và tiến bộ của các phẫu thuật khi số lượng và tỷ lệ PTNS cắt gan lớn tăng lên hàng năm. Tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu này là 10,6%, cao hơn báo cáo của tác giả Lê Văn Thành (3,7%), điều này có thể lý giải rằng trong nghiên cứu trước đó thì tỷ lệ cắt gan lớn chỉ 30,8% [7]. Thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các trường hợp phải chuyển mổ mở do phẫu tích di động gan khó khăn gây mất máu nhiều, hoặc chảy máu từ tuyến thượng thận. Đối với chảy máu tuyến thượng thận khi PTNS, có 1 trường hợp khâu cầm máu nội soi thành công nhưng có 1 trường hợp chúng tôi quyết định chuyển mổ mở do u gan phải lớn gây khó khăn khi bộc lộ điểm chảy. Khi thực hiện PTNS cắt gan lớn, có 5 trường hợp tổn thương tĩnh mạch lớn, tất cả các tình huống này chúng tôi quyết định chuyển mổ mở để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân. Đối với trường hợp thủng cơ hoành khi di động gan nội soi, chúng tôi đều khâu phục hồi thành công mà không cần chuyển mổ mở.

Về kết quả trong mổ, lượng máu mất trung bình là 257,38 ± 123,84mL, kết quả này tương tự với báo cáo của Takahara năm 2016 trên 929 bệnh nhân [6] và ít hơn so với mức 320 ± 260,7ml trong báo cáo về 50 trường hợp mổ mở cắt gan của tác giả Lâm Tấn Đạt [9]. Điều này có thể lý giải do PTNS sẽ hạn chế tối đa mất máu từ thành bụng, đây là nguồn mất máu rất đáng kể trong mổ mở cắt gan lớn do cần mở bụng đường chữ L thậm chí đường chữ Y ngược. Đồng thời với sự phóng đại của camera nội soi giúp phẫu thuật viên phẫu tích chính xác hơn, cầm máu tỉ mỉ hơn trong quá trình di động gan cũng như cắt nhu mô.

Tỷ lệ biến chứng hậu phẫu là 13,8%, kết quả này thấp hơn so với nhóm tác giả Takahara (16,4%) [6], tuy nhiên nghiên cứu này thu thập BN từ hơn 3500 bệnh viện trên khắp Nhật Bản, trong đó gồm cả những bệnh viện không phải trung tâm phẫu thuật gan. Biến chứng phổ biến nhất là rò mật sau mổ, các trường hợp này chúng tôi theo dõi lâm sàng, điều trị bảo tồn trước, trường hợp tạo thành biloma sẽ dẫn lưu, nếu BN vẫn rò mật số lượng lớn sẽ được can thiệp đặt stent ống mật chủ qua nội soi, không có trường hợp nào phải mổ lại do rò mật.

Ngoài khó khăn về mặt kỹ thuật, một trong những vấn đề quan trọng nhất cần lưu ý trong phẫu thuật cắt gan lớn kể cả nội soi hay mổ mở đó là nguy cơ suy gan sau mổ có thể lên đến 10%. Tại trung tâm của chúng tôi, bên cạnh việc lựa chọn và tính toán phương pháp cắt gan trước mổ dựa trên CT-scan đo thể tích gan, chúng tôi theo dõi sát diễn tiến của BN sau mổ dựa trên cả lâm sàng và kết quả cận lâm sàng. Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan được thực hiện thường quy vào ngày 1, 3, và 5 sau mổ, quy trình này được chúng tôi áp dụng dựa trên quy tắc 50-50 được đề xuất bởi Balzan [10]. Xu hướng thay đổi của các chỉ số xét nghiệm trong nghiên cứu đã thể hiện tính tương đồng theo quy tắc này.

Về kết quả chung, có 1 trường hợp tử vong do suy gan sau mổ và 1 trường hợp mổ lại cầm máu do chảy máu diện cắt. Trong 2 trường hợp tái nhập viện, có 1 trường hợp ổ đọng dịch tồn lưu và 1 trường hợp rò mật sau mổ, các BN này đều được điều trị bảo tồn thành công. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 8,08 ± 2,35, kết quả này tượng tự các tác giả trên thế giới [6]. PTNS ít xâm lấn giúp BN nhanh phục hồi, giảm đau sau mổ, đạt tiêu chuẩn ra viện sớm hơn.

Về kết quả dài hạn, chúng tôi ghi nhận thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm khả quan (lần lượt 50,66 ± 2,58 tháng và 42,88 ± 2,80 tháng), kết quả này củng cố thêm kết luận về giá trị của PTNS cắt gan đã được các tác giả như Nguyen (2011) [4] và Untereiner (2019) [2] công bố. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi có tỷ lệ sống còn toàn bộ và sống thêm không bệnh sau 5 năm lần lượt là 76,2% và 41,2%. Kết quả này cải thiện rõ rệt hơn so nhóm tác

giả Trần Công Duy Long (2014) là 72,9% và 26,3% [8]. Điều này cho thấy sự tiến bộ trong phương pháp cắt gan cũng như điều trị bổ trợ UTBMTBG tại Việt Nam trong những năm gần đây.

Mặc dù nghiên cứu này đã cung cấp một đánh giá tương đối toàn diện về kết quả ứng dụng PTNS cắt gan lớn trong điều trị UTBMTBG tại cùng một trung tâm về phẫu thuật gan, nhưng vẫn tồn tại một số hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, do không phải là nghiên cứu so sánh, nên chưa thể đánh giá đầy đủ ưu nhược điểm của PTNS so với phẫu thuật mở. Thứ hai, nghiên cứu chưa xem xét các yếu tố quan trọng như kích thước, số lượng, vị trí khối u, cũng như mức độ xâm lấn mạch máu và cơ quan lân cận những yếu tố có thể ảnh hưởng đáng kể đến kết quả phẫu thuật. Do đó, cần tiến hành thêm các nghiên cứu có đối chứng và đánh giá toàn diện hơn để so sánh với phẫu thuật mổ mở, từ đó xác định phương pháp phẫu thuật tối ưu cho bệnh nhân UTBMTBG.

## V. KẾT LUẬN

Áp dụng phẫu thuật nội soi cắt gan lớn điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phương án an toàn, khả thi, ít xâm lấn giúp bệnh nhân phục hồi sớm sau mổ và mang lại kết quả dài hạn khả quan. PTNS cắt gan lớn có thể trở thành tiêu chuẩn vàng ở những bệnh nhân được lựa chọn đúng chỉ định.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A et al (2021) *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.* CA Cancer J Clin 71(3): 209-249.
2. Untereiner X, Cagniet A, Memeo R, Cherkaoui Z, Piardi T, Severac F et al (2019) *Laparoscopic Hepatectomy versus open hepatectomy for the management of hepatocellular carcinoma: A comparative study using a propensity ccore matching.* World J Surg 43(2): 615-625.
3. Wakabayashi G, Cherqui D, Geller DA, Buell JF, Kaneko H, Han HS et al (2015) *Recommendations for laparoscopic liver resection: A report from the second international consensus conference held in Morioka.* Ann Surg 261(4): 619-629.
4. Nguyen KT, Marsh JW, Tsung A, Steel JJ, Gamblin TC, and Geller DA (2011) *Comparative benefits of laparoscopic vs open hepatic resection: a critical appraisal.* Arch Surg 146(3): 348-356.
5. Tzanis D, Shivathirthan N, Laurent A, Abu Hilal M, Soubrane O, Kazaryan AM et al (2013) *European experience of laparoscopic major hepatectomy.* J Hepatobiliary Pancreat Sci 20(2): 120-124.
6. Takahara T, Wakabayashi G, Konno H, Gotoh M, Yamaue H, Yanaga K et al (2016) *Comparison of laparoscopic major hepatectomy with propensity score matched open cases from the National Clinical Database in Japan.* J Hepatobiliary Pancreat Sci 23(11): 721-734.
7. Lê Văn Thành, Trần Thanh An, Vũ Văn Quang, Vũ Ngọc Tuấn, Lê Minh Kha, & Lê Thanh Hùng (2021) *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt gan ứng dụng kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.* Tạp chí Y Dược học lâm sàng 108, 16(4).
8. Long TC, Bac NH, Thuan ND, Dat le T, Viet DQ, Chuong le CH (2014) *Laparoscopic liver resection: 5-year experience at a single center.* Surgical Endoscopy 28: 796-802.
9. Lâm Tấn Đạt, Nguyễn Khắc Nam, Lữ Hoàng Phi và cộng sự (2022) *Kết quả cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.* Tạp chí Y Dược học lâm sàng 108, Tập 17.
10. Balzan S, Belghiti J, Farges O, Ogata S, Sauvanet A, Delefosse D et al (2005) *The "50-50 criteria" on postoperative day 5: an accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy.* Ann Surg 242(6): 824-828, discussion 828-829.