

Đánh giá kết quả sớm sau mổ cắt gan điều trị ung thư gan tại Khoa ngoại Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Evaluation of the early results after hepatectomy for liver cancer at the Department of Surgical Oncology and Palliative Care, Viet Tiep Friendship Hospital

Đỗ Đình Toàn*, Phạm Ngọc Hùng và cộng sự

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả ngắn hạn sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 52 bệnh nhân ung thư gan (nguyên phát và thứ phát) được chẩn đoán mô bệnh học và phẫu thuật cắt gan tại Khoa Ngoại Ung bướu – Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, từ 01/2020 đến 06/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân $64,6 \pm 9,35$ (30-77), nam chiếm 76,9% (tỷ lệ nam/nữ 3,3/1). Tỷ lệ nhiễm viêm gan B và C lần lượt là 71,1% và 15,4%. Nồng độ alpha-fetoprotein (AFP) trung vị 197 ng/mL (3,45–1668); nhóm < 20ng/mL chiếm 28,8%, 20-400 ng/mL chiếm 48,1% và > 400ng/mL chiếm 23,1%. Đa số bệnh nhân có chức năng gan Child-Pugh A (98,1%). Hình ảnh học cho thấy 78,8% có u đơn độc, kích thước trung bình $5,4 \pm 3,1$ cm (2-16), u >5 cm chiếm 26,9%; huyết khối tĩnh mạch cửa gặp ở 7,7%. Giải phẫu bệnh sau mổ chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) (82,7%). Phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu chiếm 82,7%, trong đó cắt gan nhỏ 57,6%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 13,4% (tràn dịch màng phổi 5,8%, báng bụng 3,8%, rò mật 3,8%); không ghi nhận suy gan sau mổ; tử vong 90 ngày là 1,9%. Thời gian nằm viện trung bình $8,6 \pm 3,5$ ngày (5-22). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân ung thư gan đặc biệt là nhóm bệnh nhân có chức năng gan tốt Child-Pugh A và u đơn độc, với tỷ lệ biến chứng thấp và thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: Ung thư gan, cắt gan, biến chứng sau mổ.

Summary

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics and evaluate short-term outcomes of hepatectomy for liver cancer. **Subject and method:** A retrospective study was conducted on 52 patients with histologically confirmed primary or secondary liver cancer who underwent hepatectomy at the Department of Surgical Oncology and Palliative Care, Viet Tiep Friendship Hospital, from January 2020 to June 2025. **Result:** The mean age was 64.6 ± 9.35 years (30-77); males accounted for 76.9% (male/female ratio 3.3/1). Hepatitis B and C were present in 71.1% and 15.4%

Ngày nhận bài: 15/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 29/9/2025

* Tác giả liên hệ: drtoanub@gmail.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

of patients, respectively. The median AFP was 197 ng/mL (3.45–1668); AFP < 20ng/mL in 28.8%, 20–400ng/mL in 48.1%, and > 400ng/mL in 23.1%. Most patients had preserved liver function (Child-Pugh A: 98.1%). Imaging showed solitary tumors in 78.8%, mean tumor size 5.4 ± 3.1 cm (2–16), with 26.9% > 5cm; portal vein thrombosis was found in 7.7%. Histopathology revealed hepatocellular carcinoma in 82.7%. Anatomical resection was performed in 82.7% of cases, with minor hepatectomy in 57.6%. Postoperative complications occurred in 13.4%, mainly pleural effusion (5.8%), ascites (3.8%), and bile leak (3.8%); no cases of postoperative liver failure; 90-day mortality was 1.9%. Mean hospital stay was 8.6 ± 3.5 days (5–22). *Conclusion:* Hepatectomy is a safe and effective treatment for selected patients with liver cancer, associated with low complication rates and relatively short hospitalization.

Keywords: Liver cancer, hepatectomy, postoperative complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới cũng như tại Việt Nam, bao gồm ung thư gan nguyên phát và thứ phát. Trong đó, ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) chiếm khoảng 80–90% các trường hợp ¹. Theo GLOBOCAN 2020, mỗi năm thế giới ghi nhận khoảng 905.677 ca mắc mới (4,7%) và 830.180 ca tử vong (8,3%) do ung thư gan ². Tại Việt Nam, ung thư gan đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc mới và tử vong, với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi ở nam là 38/100.000 dân và nữ là 9,8/100.000 dân ².

Hiện nay, các hướng dẫn quốc tế (AASLD, EASL, JSH, BCLC) đều khuyến cáo phẫu thuật cắt gan cho bệnh nhân HCC giai đoạn sớm, có chức năng gan còn tốt và không tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Nhiều báo cáo từ các trung tâm lớn trên thế giới cho thấy tỷ lệ tử vong sau cắt gan dưới 5% và kết quả sống thêm dài hạn cải thiện rõ rệt.

Tại Khoa Ngoại Ung bướu - Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, số lượng bệnh nhân ung thư gan được chỉ định cắt gan ngày càng tăng trong những năm gần đây. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt gan tại đơn vị. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật và các biến chứng sớm nhằm phản ánh thực trạng tại cơ sở và từ đó góp phần hoàn thiện

chiến lược điều trị và nâng cao hiệu quả chăm sóc sau mổ cho bệnh nhân ung thư gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Bao gồm toàn bộ bệnh nhân ung thư gan được phẫu thuật cắt gan tại Khoa Ngoại Ung bướu - Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, trong giai đoạn từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân có chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư gan (bao gồm ung thư gan nguyên phát và ung thư di căn gan).

Được phẫu thuật cắt gan triệt căn.

Có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin cần thiết.

2.2. Phương pháp

Thiết kế: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, lấy mẫu toàn bộ.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, tiền sử bệnh lý, lý do nhập viện.

Đặc điểm cận lâm sàng: Chức năng gan, nồng độ AFP, hình ảnh khối u trên chẩn đoán hình ảnh, kết quả giải phẫu bệnh.

Đặc điểm phẫu thuật: Đường mổ, phương pháp cắt gan, kỹ thuật kiểm soát cuống gan, phương tiện cắt nhu mô.

Kết quả ngắn hạn: Biến chứng sau mổ, tử vong trong 90 ngày, thời gian nằm viện.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp phê duyệt trước khi triển khai.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2025 chúng tôi lấy mẫu toàn bộ được 52 bệnh nhân cắt gan do ung thư gan tại Khoa Ngoại Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	
Tuổi, X $\pm$ SD (min - max)	64,6 $\pm$ 9,35 (30-77)
Giới, nam/nữ, n (%)	3,3/1 (76,9 -23,1)
Tiền sử bệnh	
Viêm gan B, n (%)	37 (71,1)
Viêm gan C, n (%)	8 (15,4)
Đồng nhiễm VGB-VGC, n(%)	2 (3,8)
Không viêm gan, n (%)	5 (9,6)
Lý do vào viện	
Theo dõi viêm gan	16 (30,8)
Tình cờ khám sức khỏe	21 (40,4)
Đau hạ sườn phải	6 (11,5)
Mệt mỏi - gầy sút cân	9 (17,3)
Tình trạng chức năng gan	
Child-Pugh A, n (%)	51 (98,1)
Child-Pugh B, n (%)	1 (1,9)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trên 50 tuổi, nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ 3,3/1). Viêm gan B là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất (71,1%), tiếp theo là viêm gan C (15,4%). Các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu; đa số bệnh nhân phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ (40,4%) hoặc theo dõi viêm gan mạn (30,8%). Đa số bệnh nhân có chức năng gan bảo tồn tốt, Child-Pugh A chiếm 98,1%.

Bảng 2. Nồng độ AFP trước mổ

Nồng độ AFP máu	n (%)
< 20	15 (28,8)
20-400	25 (48,1)
>400	12 (23,1)
Trung vị	197 (3,45 - 1668)

Nhận xét: Nồng độ AFP huyết thanh trung vị 197ng/mL (3,45–1668); trong đó 28,8% bệnh nhân <20ng/mL, 48,1% trong khoảng 20-400ng/mL và 23,1% > 400ng/mL.

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh học khối u

Đặc điểm	n (%)
Số lượng u	
1 u	41 (78,8)
≥ 2	11 (21,2)
Kích thước U	
≤ 5 cm	38 (73,1)
> 5 cm	14 (26,9)
Trung bình (Min-Max)	5,4 ± 3,1 (2 – 16).
Huyết khối TMC	
Không	48 (92,3)
Có	4 (7,7)
Hình thái u	
Có vỏ bao	39 (75)
Không vỏ bao	6 (11,5)
Thâm nhiễm	7 (13,5)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có khối u đơn độc (78,8%). Kích thước u trung bình 5,4 ± 3,1cm (2-16cm); u > 5cm chiếm 26,9%. Huyết khối tĩnh mạch cửa gặp ở 7,7%. Về hình thái, u có vỏ bao chiếm 75%, dạng thâm nhiễm chiếm 13,5%.

Bảng 4. Giải phẫu bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh sau mổ	n (%)
Ung thư biểu mô tế bào gan	43 (82,7)
Ung thư đường mật trong gan	6 (11,5)
Di căn gan	3 (5,8)

Nhận xét: Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) chiếm ưu thế với 82,7%; ung thư đường mật trong gan (ICC) 11,5% và ung thư di căn gan 5,8%.

Bảng 5. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	n (%)
Phương pháp phẫu thuật	
Mổ mở	50 (96,2)
Mổ nội soi	2 (3,8)
Đường mổ	
Trên dưới rốn	1 (1,9)
Chữ J	46 (88,5)
Mercedes	3 (5,8)
Dưới sườn 2 bên	2 (3,8)
Kiểm soát Cuống gan	
Takasaki	31 (59,6)
Lortat-Jacob	3 (5,8)
Pringle	52 (100)
Phương tiện cắt nhu mô gan	
Pince Kelly	4 (7,7)
Ligasure	38 (73,1)
Harmonic	10 (19,2)

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân được mổ mở (96,2%). Đường mổ chủ yếu là chữ J dưới sườn phải (88,5%). Tất cả trường hợp đều áp dụng kiểm soát cuống gan bằng phương pháp Pringle; trong đó kiểm soát chọn lọc theo Takasaki chiếm 59,6%. Phương tiện cắt nhu mô sử dụng chủ yếu là Ligasure (73,1%), tiếp theo là Harmonic và Kelly.

Bảng 6. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	n (%)
Cắt gan lớn	
Cắt gan phải	7 (13,5)
Cắt gan trái	12 (23)
Cắt gan trung tâm	3 (5,8)
Cắt gan bé	
Cắt thùy bên	12 (23)

Đặc điểm	n (%)
Cắt phân thủy sau	9 (17,3)
Cắt tổn thương	9 (17,3)
Phương pháp cắt gan	
Theo giải phẫu	43 (82,7)
Theo tổn thương	9 (17,3)

Nhận xét: Cắt gan theo giải phẫu chiếm đa số (82,7%). Trong đó, cắt gan nhỏ (≤ 2 phân thủy) chiếm 57,6%, còn lại là các trường hợp cắt gan lớn (42,4%).

Bảng 7. Biến chứng sau mổ cắt gan

Biến chứng	n (%)
Suy gan sau mổ	0 (0)
Báng bụng	2 (3,8)
Rò mật	2 (3,8)
Chảy máu	0 (0)
Tràn dịch màng phổi	3 (5,8)
Tử vong trong vòng 90 ngày	1 (1,9)
Thời gian nằm viện, ($X \pm SD$) (min - max), ngày	8,6 $\pm$ 3,5 (5 - 30)

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung là 15,8%, gồm tràn dịch màng phổi (5,8%), báng bụng (3,8%) và rò mật (3,8%). Không có trường hợp suy gan hay chảy máu sau mổ. Tử vong trong vòng 90 ngày là 1 ca (1,9%). Thời gian nằm viện trung bình $8,6 \pm 3,5$ ngày (5-30 ngày).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm ưu thế rõ rệt (76,9%), với tỷ lệ nam/nữ là 3,3/1. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Đình Song Huy³, Trần Công Duy Long¹, cũng như một số tác giả nước ngoài (Portalani N: 5,4/1; Cha D.I: 4,1/1)⁴. Sự chênh lệch giới có thể liên quan đến gánh nặng viêm gan virus mạn, tiếp xúc yếu tố nguy cơ và khác biệt nội tiết.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $64,6 \pm 9,35$, dao động từ 30-77 tuổi. Đây là kết quả cao hơn so với một số nghiên cứu trong nước

(Nguyễn Hoàng, 2018: 58,4 tuổi)⁵ và tương đương các báo cáo quốc tế, cho thấy ung thư gan thường xuất hiện ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi, liên quan đến quá trình viêm gan mạn tính, xơ gan kéo dài.

Về triệu chứng lâm sàng, đa số bệnh nhân không có biểu hiện đặc hiệu. Tỷ lệ phát hiện tình cờ hoặc qua theo dõi viêm gan chiếm 71,2%, trong khi các triệu chứng cơ năng như đau hạ sườn phải (11,5%) hay gầy sút cân, mệt mỏi (17,3%) chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng (2018)⁵, trong đó gần một nửa bệnh nhân được phát hiện tình cờ. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của tầm soát định kỳ ở nhóm nguy cơ cao (HBV, HCV) để chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm và lý giải vì sao phần lớn bệnh nhân còn chức năng gan bảo tồn tại thời điểm mổ.

Viêm gan virus tiếp tục là yếu tố nguy cơ chủ đạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ viêm

gan B chiếm 71,1%, viêm gan C chiếm 15,4%, đồng nhiễm 3,8%. Tỷ lệ này cao hơn một số báo cáo trong nước (Trần Công Duy Long: 56,8%)¹, phản ánh đúng bối cảnh lưu hành Viêm gan virus tại Việt Nam.

Về chỉ dấu sinh học, nồng độ AFP của chúng tôi (trung vị 197ng/mL; 23,1% > 400ng/mL) là đặc điểm có ý nghĩa tiên lượng. Dù AFP đã không còn nằm trong tiêu chuẩn chẩn đoán ở hướng dẫn AASLD/EASL, y văn vẫn ghi nhận mối liên quan giữa AFP cao và tái phát sớm sau cắt gan^{6,7}. Tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân có AFP > 400ng/mL trong mẫu nghiên cứu gợi ý nhu cầu phân tầng theo dõi sau mổ chặt chẽ hơn, đặc biệt trong 24 tháng đầu.

Về hình ảnh học, đa số bệnh nhân có u đơn độc (78,8%), kích thước trung bình $5,4 \pm 3,1$ cm. Tỷ lệ u > 5cm là 26,9%. Nghiên cứu của Kobayashi T (2017)⁶ và Wei T (2021)⁷ đều cho thấy nhiều u và u > 5cm là yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến tái phát sớm sau cắt gan, do đó nhóm >5 cm của chúng tôi là đối tượng đòi hỏi giám sát sát sao hơn dù kết quả sớm thuận lợi. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch cửa thấp (7,7%), phản ánh sự chọn lọc bệnh nhân trước mổ. Về hình thái, u có vỏ bao chiếm ưu thế (75%), trong khi dạng thâm nhiễm chỉ chiếm 13,5%, điều này gợi ý khả năng tiên lượng tốt hơn.

Về kỹ thuật phẫu thuật, hầu hết bệnh nhân được mổ mở với đường mổ chữ J dưới sườn phải (88,5%). Kiểm soát cuống gan bằng Pringle được áp dụng toàn bộ, trong đó Takasaki được lựa chọn ở gần 60% trường hợp. Phẫu thuật theo giải phẫu chiếm đa số (82,7%), cách tiếp cận này phù hợp thực hành ở nhiều trung tâm gan mật: kiểm soát dòng chảy tĩnh mạch cửa và cắt theo phân thùy làm giảm chảy máu và biến chứng đường mật, gián tiếp cải thiện kết quả sớm. Cắt gan nhỏ chiếm 57,6%, cho thấy sự chọn lọc bệnh nhân có chức năng gan bảo tồn và khối u khu trú. Các phương tiện cắt nhu mô gan được sử dụng chủ yếu là Ligasure (73,1%) và Harmonic, bên cạnh Kelly trong một số trường hợp, phản ánh sự đa

dạng trong lựa chọn kỹ thuật tùy thuộc vào đặc điểm nhu mô gan.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 15,8%, chủ yếu gồm tràn dịch màng phổi (5,8%), băng bụng (3,8%) và rò mật (3,8%). Không ghi nhận suy gan sau mổ hay chảy máu, cho thấy phẫu thuật an toàn khi chỉ định phù hợp. Rò mật tuy hiếm (2/52) nhưng ảnh hưởng đáng kể đến thời gian nằm viện và kết cục sớm: một ca cắt gan trung tâm rò kéo dài 22 ngày, lưu lượng giảm dần, điều trị bảo tồn thành công và xuất viện ngày 25; một ca cắt gan trái nằm viện 30 ngày, gia đình xin cho về và bệnh nhân tử vong khoảng 1 tháng sau. Dù chưa đủ dữ liệu xác định nguyên nhân trực tiếp, diễn biến kéo dài gợi ý biến cố thứ phát liên quan rò mật; đây cũng là ca tử vong 90 ngày duy nhất (1,9%). Thời gian nằm viện trung bình $8,6 \pm 3,5$ ngày, ngắn hơn một số báo cáo trước (Hu 2009: 12 ngày; Lê Lộc 2010: 13,7 ngày; Bai Ji 2012: 12 ngày; Dương Huỳnh Thiện 2016: 10,4 ngày)⁹, phản ánh hiệu quả điều trị và chăm sóc hậu phẫu tại đơn vị.

Về giải phẫu bệnh, ung thư biểu mô tế bào gan chiếm tỷ lệ cao nhất (82,7%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ tại Việt Nam. Ung thư đường mật trong gan chiếm 11,5% và di căn gan chiếm 5,8%, cho thấy sự đa dạng trong đối tượng phẫu thuật nhưng ung thư biểu mô tế bào gan vẫn là bệnh cảnh chủ yếu.

Mặc dù cỡ mẫu hiện tại chưa đủ cho phân tích đa biến, xu hướng lâm sàng gợi ý phạm vi cắt gan lớn có thể làm tăng nguy cơ biến chứng. Nghiên cứu còn một số hạn chế: Thiết kế hồi cứu; cỡ mẫu chưa lớn và quần thể không đồng nhất (bao gồm ung thư gan nguyên phát và thứ phát); sai lệch chọn mẫu do ưu tiên bệnh nhân chức năng gan tốt và tổn thương khu trú, làm giảm khả năng khái quát; đơn trung tâm, không có nhóm so sánh; thời gian theo dõi ngắn nên chưa phân tích được các chỉ số sống còn (tái phát, sống thêm). Trong thời gian tới, chúng tôi sẽ tiếp tục thu thập và hoàn thiện cơ sở dữ liệu, mở rộng cỡ mẫu và theo dõi dài hạn; đồng thời thực hiện các phân tích so sánh theo kích thước u, mức độ cắt gan và nền gan (xơ

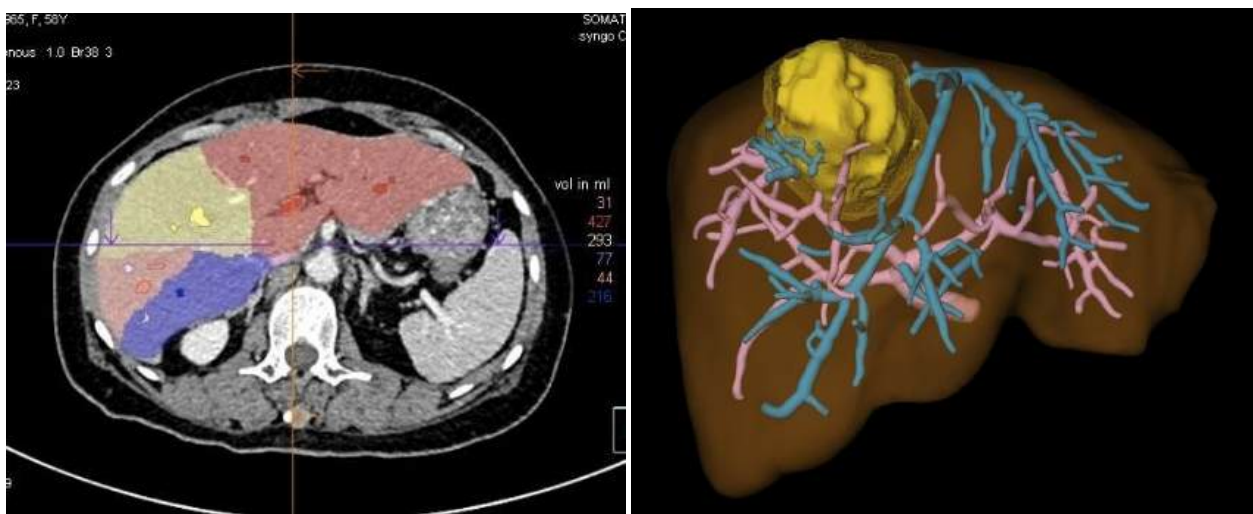
gan, điểm Child-Pugh, chỉ số xơ hóa) nhằm làm rõ các yếu tố liên quan đến biến chứng sớm, tái phát và sống còn, qua đó tối ưu hóa chiến lược điều trị.

V. KẾT LUẬN

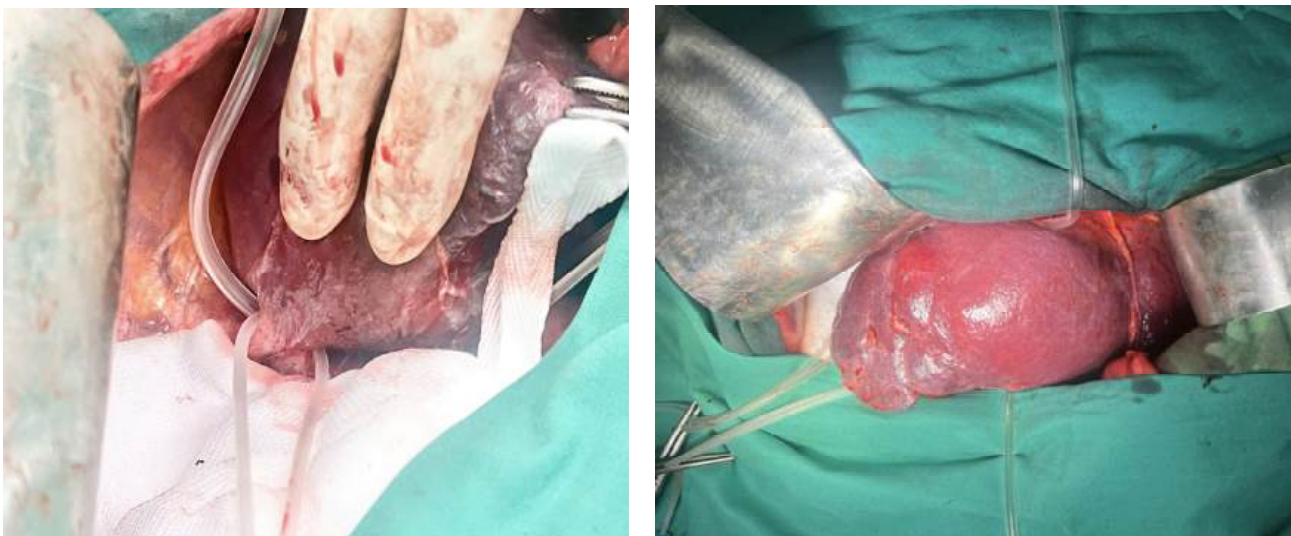
Cắt gan tại đơn vị cho thấy an toàn và hiệu quả ngắn hạn tốt ở bệnh nhân được chọn lọc (Child-Pugh A, u khu trú), với tỷ lệ biến chứng thấp, không ghi nhận suy gan sau mổ, tử vong 90 ngày rất thấp và thời gian nằm viện ngắn, kết quả

nhìn chung thuận lợi hơn một số báo cáo trước đây. Cắt gan theo giải phẫu cùng kiểm soát cuống gan có hệ thống nhiều khả năng góp phần vào thành công này. Nhóm AFP > 400ng/mL và/hoặc u > 5cm cần theo dõi hậu phẫu sát do liên quan đến tái phát sớm được nêu trong y văn. Cần các nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dài hạn để lượng giá lợi ích sống còn và xác định các yếu tố tiên lượng độc lập trong bối cảnh thực hành tại đơn vị.

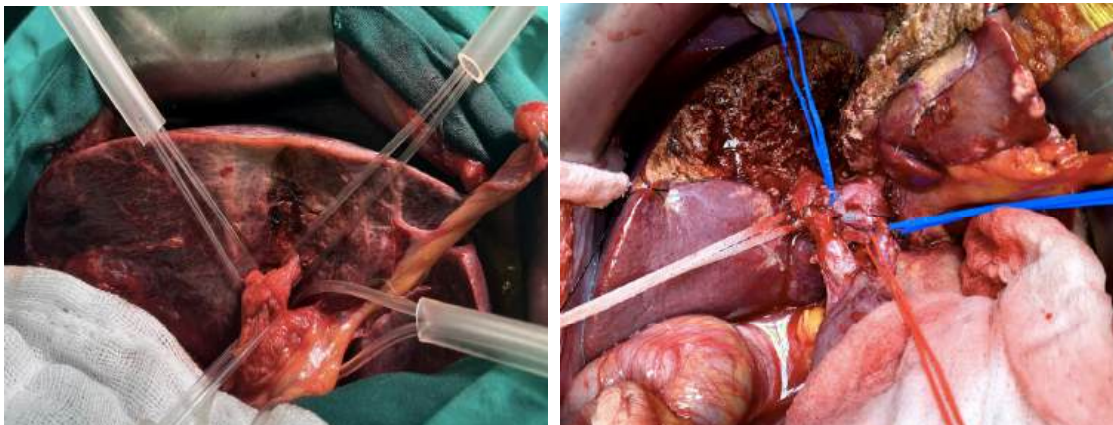
Hình ảnh minh họa



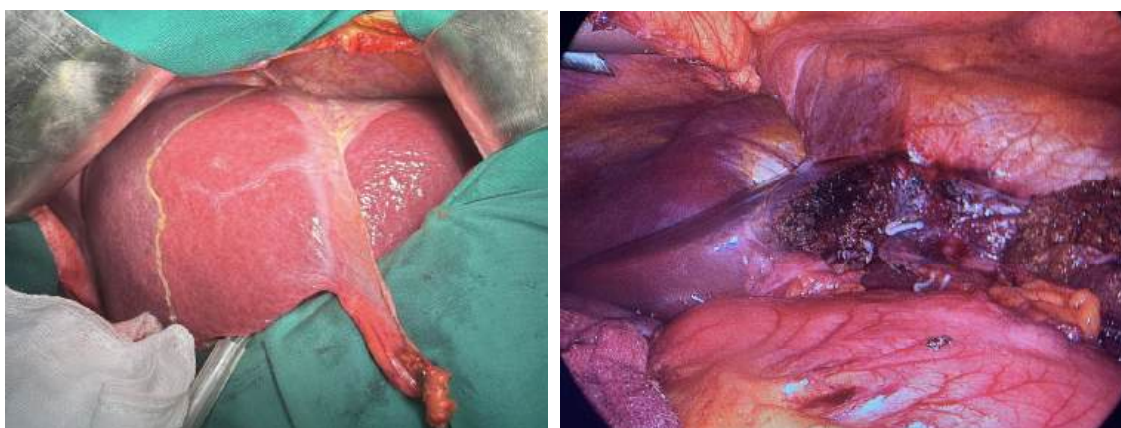
Hình 1. Đo thể tích gan, dựng hình 3D khối u và hệ thống mạch máu



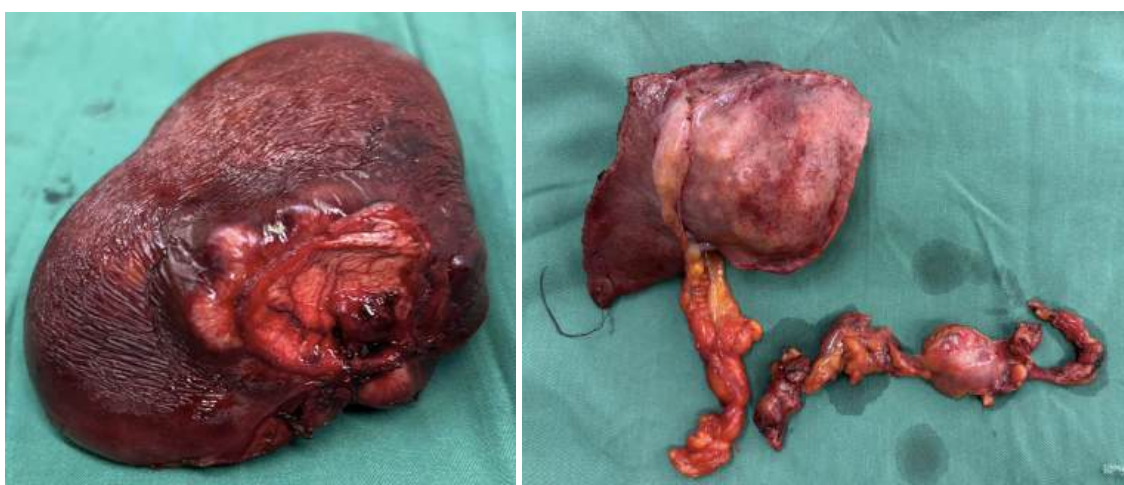
Hình 2. Thủ thuật treo gan (Trái - Phải) và kiểm soát TM trên gan P (Trái) trong cắt gan P



Hình 3. Kiểm soát cuống gan chọn lọc theo Takasaki (Trái) và kiểm soát từng thành phần của cuống gan theo Lortat - Jacob (Phải)



Hình 4. Đánh dấu diện thiếu máu và cắt nhu mô gan



Hình 5. Bệnh phẩm khối u gan P (Trái) và bệnh phẩm khối u gan T + Hạch rốn gan (Phải)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Công Duy Long (2016) *Đánh giá vai trò phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan*. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL 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.
3. Nguyen-Dinh SH, Do A, Pham TND, Dao DY, Nguy TN (2018) *High burden of hepatocellular carcinoma and viral hepatitis in Southern and Central Vietnam: Experience of a large tertiary referral center, 2010 to 2016*. *World J Hepatol* 10(1): 116-123.
4. Phạm Ngọc Hùng (2022) *Đánh giá một số yếu tố liên quan đến tái phát sớm sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan*. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh 2022.
5. Nguyễn Hoàng (2017) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật do ung thư tế bào gan sau nút động mạch gan*. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội.
6. Kobayashi T, Aikata H, Kobayashi T et al (2017) *Patients with early recurrence of hepatocellular carcinoma have poor prognosis*. *Hepatobiliary Pancreat Int* 16(3): 279-288.
7. Wei T, Zhang XF, Bagante F et al (2021) *Early versus late recurrence of hepatocellular carcinoma after surgical resection based on post-recurrence survival: An International multi-institutional analysis*. *J Gastrointest Surg* 25(1): 125-133.
8. Belghiti J, Noun R, Malafosse R, Jagot P, Sauvanet A, Pierangeli F, Marty J, Farges O (1999) *Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study*. *Annals of surgery* 229(3): 369-375.
9. Trần Mạnh Hùng, Trần Quế Sơn (2022) *Kết quả gần cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan*. *Tạp chí Y học Việt Nam* 514(1), tr. 181-186.