

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT GAN THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

*Nguyễn Văn Quỳnh¹, Trịnh Văn Thảo¹, Nguyễn Văn Mạnh¹,
Lê Đức Trung¹, Đoàn Thanh Huy¹, Nguyễn Mạnh Khỏe¹*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan ở người cao tuổi tại Bệnh viện Quân y 175.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu và tiến cứu các bệnh nhân cao tuổi được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân y 175 từ 1/2022 – 5/2024.

Kết quả: Phẫu thuật cắt gan được thực hiện cho 30 bệnh nhân. Tuổi trung bình: $68,4 \pm 6,8$. Nam giới chiếm 90,0%. Triệu chứng lâm sàng: đau bụng hay gập nhất (33,3%), 56,7% tình cờ phát hiện u gan. Tỷ lệ mắc viêm gan B 76,7%, viêm gan C 10,0%. Chỉ số AFP trung bình $497,7 \pm 931,1$ ng/ml. Cắt lớp vi tính trước mổ: u đơn độc 80,0%, u < 5cm 73,3%, u > 5cm 26,7%, u > 10cm 13,3%, dịch ổ bụng 6,7%. Chức năng gan trước mổ: Child - Pugh A 100%. Trong 30 trường hợp, kiểm soát cuồng Glisson theo Takasaki 83,3%. Cắt gan lớn 23,3%, cắt gan nhỏ 76,7%. Cắt gan theo giải phẫu 100%, trong đó cắt phân thùy trước 23,3%, gan trái 16,7%, thùy trái 16,7%, gan phải 6,7%, hạ phân thùy 5-6 10,0%. 100% sử dụng dao siêu âm để cắt nhu mô gan. Thời gian phẫu thuật trung bình $164,2 \pm 44,1$ phút. Máu mất trong mổ $232,7 \pm 88,3$ ml, tỷ lệ truyền máu 36,7%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ: $9,2 \pm 4,5$ ngày. Biến chứng sau mổ: tràn dịch màng phổi (43,3%), cổ chướng (3,3%), rò mật (3,3%), loét vết mổ

¹Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi: Nguyễn Văn Quỳnh, email: quynh44ahvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/8/2024

Ngày phản biện: 28/8/2024

(3,3%). Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien: I (43,3%), II (3,3%), IIIa (3,3%), IIIb (3,3%). Không có trường hợp nào tử vong sau mổ.

Kết luận: Kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan ở người cao tuổi tại Bệnh viện Quân y 175 an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Cắt gan theo giải phẫu, ung thư biểu mô tế bào gan ở người cao tuổi, Bệnh viện Quân y 175

SHORT-TERM OUTCOMES OF ANATOMICAL HEPATECTOMY TO TREAT HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN THE ELDERLY AT 175 MILITARY HOSPITAL

SUMMARY

Objective: Short-term outcomes of anatomical hepatectomy to treat hepatocellular carcinoma in the elderly at 175 Military Hospital.

Subject and method: Descriptive, retrospective and prospective study of elderly patients undergoing anatomical hepatectomy to treat hepatocellular carcinoma at 175 Military Hospital from 1/2022 to 5/2024.

Result: Hepatectomy was performed for 30 patients. Average age: 68.4 ± 6.8 years. 90.0% of patients are men. Clinical symptoms: abdominal pain was the most common (33.3%), 56.7% cases were discovered liver tumors accidentally. The incidence of hepatitis B was 76.7%, hepatitis C was 10.0%. Average AFP index was 497.7 ± 931.1 ng/ml. Preoperative computed tomography: solitary tumor 80.0%, tumor < 5cm 73.3%, tumor > 5cm 26.7%, tumor > 10cm 13.3%, abdominal fluid 6.7%. Preoperative liver function: Child - Pugh A 100%. In 30 cases, 83.3% using Takasaki's Glissonean pedicles approach. Major hepatectomy 23.3%, minor hepatectomy 76.7%. Anatomical liver resection 100%, including right anterior hepatectomy 23.3%, left hepatectomy 16.7%, left lateral hepatectomy 16.7%, right hepatectomy 6.7%, subsegmental 5-6 hepatectomy 10.0%. Liver parenchymal transection: 100% use harmonic scalpel. The mean operation time was 164.2 ± 44.1 minutes. The mean blood loss was 232.7 ± 88.3 ml, the need for blood transfusion was required in 36.7%. The average length of hospital stay was 9.2 ± 4.5 days. Postoperative complications: pleural effusion (43.3%), ascites (3.3%), bile leakage (3.3%), surgical wound dehiscence (3.3%). The classification of complications according to Clavien were: I (43.3%), II (3.3%), IIIa (3.3%), IIIb (3.3%). There was no perioperative mortality.

Conclusion: Short-term outcomes of anatomical hepatectomy to treat hepatocellular carcinoma in the elderly at 175 Military Hospital was safe and effective.

Key words: Anatomical hepatectomy, hepatocellular carcinoma in the elderly, 175 Military Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan là bệnh lý ung thư thường gặp hiện nay. Theo tổ chức ung thư toàn cầu, năm 2018 ước tính có khoảng 841.080 trường hợp được chẩn đoán và 781.631 trường hợp tử vong, trong đó, khu vực Đông Á đứng đầu với 55,6% số ca được chẩn đoán và 54,7% số ca tử vong [1].

Phần lớn ung thư biểu mô tế bào gan xuất hiện ở những bệnh nhân bị bệnh gan mạn tính hoặc xơ gan. Do đó, những bệnh nhân lớn tuổi mắc bệnh gan kéo dài thường dễ phát triển ung thư biểu mô tế bào gan hơn [2].

Phẫu thuật cắt gan là lựa chọn đầu tiên và tiếp tục là phương pháp điều trị dành riêng cho ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn sớm [3], [4]. Tuy nhiên với những bệnh nhân cao tuổi, thể trạng kém và bệnh nền kèm theo là những thách thức không nhỏ cho điều trị sau phẫu thuật.

Ở Việt Nam, trong khoảng 2 thập kỉ trở lại đây, phẫu thuật cắt gan đã được triển khai ở nhiều Bệnh viện trong nước như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Chợ Rẫy, từ phẫu thuật mở đến nội

soi, phẫu thuật cắt gan có sử dụng huỳnh quang ICG...

Tại Bệnh viện Quân y 175, phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được triển khai 3 năm trở lại đây tuy nhiên chưa có nghiên cứu và đánh giá trên bệnh nhân lớn tuổi, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan ở người lớn tuổi tại Bệnh viện Quân y 175.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân cao tuổi được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 1/2022 đến tháng 5/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu. Cỡ mẫu thuận tiện.

2.2.1. Đánh giá trước phẫu thuật

Khám lâm sàng, xét nghiệm tiền phẫu cơ bản, nội soi dạ dày, siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính có đo thể tích gan. Khám và đánh giá các bệnh nền.

2.2.2. Quy trình phẫu thuật

+ Tư thế bệnh nhân và phẫu thuật viên:

Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân khép, 2 tay dạng vuông góc, phẫu thuật viên đứng bên phải, phụ mổ 1 đứng bên trái, phụ mổ 2 đứng bên phải phụ mổ 1.

+ Các thì phẫu thuật:

Bước 1: Mở bụng

Mở bụng theo đường chữ J hoặc đường trắng giữa trên rốn (cho các khối u thùy trái).

Bước 2: Kiểm tra ổ bụng

Kiểm tra đánh giá ổ bụng, hạch cuống gan, tình trạng nhu mô gan, tổn thương đại thể khối u (vị trí, kích thước, số lượng). Các tổ chức hoặc các hạch nghi ngờ sẽ được lấy và gửi làm sinh thiết tức thì.

Bước 3: Giải phóng gan

Cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác, dây chằng vành, dây chằng gan tá tràng. Giải phóng gan ra khỏi mặt trước tĩnh mạch chủ dưới, thắt các nhánh tĩnh mạch gan phụ. Trong trường hợp khối u dính vào cơ hoành, có thể cắt một phần cơ hoành sau đó tái tạo lại cơ hoành.

Bước 4: Kiểm soát, phẫu tích cuống Glisson

- Cắt túi mật. Đặt ga rô chờ ở cuống gan để làm thủ thuật Pringle.

- Phẫu tích vào rốn gan kiểm soát cuống Glisson phải, trái, phân thùy trước, phân thùy sau và hạ phân thùy theo Takasaki.



Hình 1. Kiểm soát cuống Glisson phải

Hình 2: Diện cắt gan phải

Nguồn: Bệnh nhân Hoàng Hải B., 72 tuổi, mã y tế 24009575

Bước 5: Cắt gan

- Cặp các cuống Glisson để thấy rõ ranh giới thiếu máu. Đánh dấu diện cắt gan bằng dao điện đơn cực.

- Cắt nhu mô gan bằng dao siêu âm hoặc kim Kelly. Kẹp và cắt các nhánh mạch máu trong nhu mô gan bằng clip mạch máu hoặc chỉ buộc. Trong quá trình

cắt nhu mô gan có thể cặp cuống gan toàn bộ ngắt quãng, thời gian cặp mỗi lần 15 phút, giữa các lần cặp nghỉ 5 phút.

- Sau khi nhu mô gan được cắt, cuống Glisson được bộc lộ rõ, tiến hành cặp và cắt cuống. Cắt tĩnh mạch gan nếu có.

- Cầm máu diện cắt gan. Kiểm tra rò mật và che phủ diện cắt.

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

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ mắc viêm gan B, viêm gan C, nồng độ AFP, đặc điểm u gan trên cắt lớp vi tính, chức năng gan trước mổ. Kiểm soát cuống Glisson, loại hình cắt gan, phương tiện cắt nhu mô gan. Thời gian phẫu thuật, máu mất trong mổ và truyền máu. Thời gian

nằm viện sau mổ. Biến chứng sau mổ, mức độ biến chứng được phân loại theo Clavien - Dindo.

2.2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test thống kê (t-test, chi-square, pearson) để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu. Quá trình nghiên cứu không ảnh hưởng tới sức khỏe và tình trạng bệnh của bệnh nhân. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Quân y 175 số 1631/ GCN-HĐĐĐ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2022 đến tháng 5/2024, phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan ở người cao tuổi được thực hiện cho 30 bệnh nhân.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi)		68,4 ± 6,8
Giới	Nam (n, %)	27 (90,0%)
	Nữ (n, %)	3 (10,0%)
Đau bụng (n, %)		10 (33,3%)
Ăn kém (n, %)		2 (6,7%)
Gầy sút cân (n, %)		1 (3,3%)
Phát hiện tình cờ (n, %)		17 (56,7%)
HBsAg (+) (n, %)		23 (76,7%)

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Anti HCV (+) (n, %)	3 (10,0%)	
AFP trung bình (ng/ml)	497,7 ± 931,1	
Đặc điểm cắt lớp vi tính	U đơn độc (n, %)	24 (80,0%)
	U < 5cm (n, %)	22 (73,3%)
	U > 5cm (n, %)	8 (26,7%)
	U > 10cm (n, %)	4 (13,3%)
	Dịch ổ bụng (n, %)	2 (6,7%)
Chức năng gan trước mổ	Child-Pugh A: 100%	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 68,4 ± 6,8, nam giới chiếm đa số (90,0%). Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng (33,3%). Tỷ lệ mắc viêm gan B 76,7%, viêm gan C 10,0%. AFP trung bình: 497,7 ± 931,1 ng/ml. Cắt lớp vi tính trước mổ: u đơn độc 80,0%, u < 5cm 73,3%, u > 5cm 26,7% trong đó u > 10cm 13,3%, dịch ổ bụng 6,7%. Tất cả bệnh nhân có chức năng gan Child – Pugh A trước mổ.

3.2. Kỹ thuật cắt gan

Bảng 2: Kỹ thuật cắt gan

Chỉ số		Kết quả
Kiểm soát cuống Glisson	Takasaki (n, %)	25 (83,3%)
	Không kiểm soát cuống (n, %)	5 (16,7%)
Loại cắt gan	Cắt gan lớn (n, %)	7 (23,3%)
	Cắt gan nhỏ (n, %)	23 (76,7%)
	Theo giải phẫu (n, %)	30 (100,0%)
	Phân thùy trước (n, %)	7 (23,3%)
	Gan trái (n, %)	5 (16,7%)
	Thùy trái (n, %)	5 (16,7%)
	Gan phải (n, %)	2 (6,7%)
	Hạ phân thùy 5-6 (n, %)	3 (10,0%)
Phương tiện cắt nhu mô gan	Dao siêu âm	30 (100%)
	Kim Kelly	7 (23,3%)

Nhận xét: Kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki 83,3%. Cắt gan lớn 23,3%, cắt gan nhỏ 76,7%. Cắt gan theo giải phẫu 100%, trong đó cắt phân thùy trước 23,3%, gan trái 16,7%, thùy trái 16,7%, gan phải 6,7%, hạ phân thùy 5-6 10,0%, các hạ phân thùy 26,7%.

3.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 3: Kết quả sớm sau phẫu thuật

Chỉ số		Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)		164,2 ± 44,1
Máu mất trong mổ (ml)		232,7 ± 88,3
Tỉ lệ truyền máu (n, %)		11 (36,7%)
Biến chứng sau mổ	Tràn dịch màng phổi (n, %)	13 (43,3%)
	Cổ chướng (n, %)	1 (3,3%)
	Rò mật (n, %)	1 (3,3%)
	Toác vết mổ (n, %)	1 (3,3%)
	Tử vong	0 (0,0%)
Thời gian nằm viện		9,2 ± 4,5

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật là 164,2 ± 44,1 phút, máu mất trong mổ 232,7 ± 88,3 ml, tỉ lệ truyền máu là 36,7%. Có 53,3% bệnh nhân gặp biến chứng sau mổ, thường gặp nhất là tràn dịch màng phổi, chiếm 43,3%. Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien: I (43,3%), II (3,3%), IIIa (3,3%), IIIb (3,3%). Không trường hợp nào tử vong sau mổ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là 68,4 ± 6,8 tuổi. Sudip Sanyal (2020) trong nghiên cứu của mình kết luận rằng không nên loại trừ việc cắt gan chỉ dựa vào tuổi tác, kết quả tốt ở những bệnh nhân 80 tuổi biện minh cho việc phẫu thuật [5]. Danijel Galun (2021) cũng khẳng định tính an toàn và khả thi của phẫu thuật cắt gan ở bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư biểu mô tế bào gan. Tuy nhiên, việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp là bắt buộc để cải thiện kết quả ngắn hạn và dài hạn [6]. Hidekazu Yamamoto (2022) cho rằng việc cắt gan ở những

bệnh nhân siêu cao tuổi được lựa chọn kỹ lưỡng, chẳng hạn như những người ≥ 85 tuổi có kết quả chấp nhận được. Tuổi của bệnh nhân không phải là chống chỉ định tuyệt đối của phẫu thuật cắt gan [7]. Gần đây nhất, Chuan-Ming Wang (2023) kết luận tuổi tác không có ảnh hưởng đáng kể đến tiên lượng của bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư biểu mô tế bào gan sau phẫu thuật cắt gan [8].

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (33,3%), nhiều bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, vào viện vì tình cờ phát hiện u gan khi đi khám bệnh. Thống kê của Vũ Văn Quang (2018), đau hạ sườn phải chiếm 58,5%, 30,2% phát hiện tình cờ [9]; Dương

Huỳnh Thiện (2016): 68% đau bụng, 20% phát hiện tình cờ [10].

Tỉ lệ viêm gan B trong nghiên cứu chiếm ưu thế với 76,7%, tương tự tác giả Vũ Văn Quang (76,4%) [9]. Nghiên cứu cũng cho thấy, nồng độ AFP trung bình là $497,7 \pm 931,1$ ng/ml cao hơn của Vũ Văn Quang là $335,93 \pm 638,07$ ng/ml [9].

Ở nghiên cứu, 80,0% bệnh nhân có u đơn độc, nhóm kích thước $u > 5$ cm chiếm tỉ lệ 26,7%, trong đó $u > 10$ cm chiếm 13,3%. Trong nghiên cứu của Vũ Văn Quang, u đơn độc lớn hơn 5cm là 34,9%, kích thước trung bình các khối u là $5,22 \pm 3,0$ cm [9]. Nghiên cứu ở Nhật Bản của Yamazaki NC (2010), kích thước u nhỏ hơn, trung bình là $3,1 \pm 0,9$ cm [11], có thể do việc sàng lọc và chẩn đoán, phát hiện bệnh sớm hơn.

Trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, chức năng gan là yếu tố rất quan trọng, liên quan đến biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Vì vậy, chức năng gan thường được các phẫu thuật viên đánh giá và xem xét kỹ lưỡng. Trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân có chức năng gan phân loại Child - Pugh A. Kết quả này giống với nghiên cứu của Vũ Văn Quang [9], Dương Huỳnh Thiện [10].

4.2. Kỹ thuật cắt gan

Lựa chọn loại cắt gan dựa vào tình trạng bệnh nhân, vị trí, kích thước u và chức năng gan. Trong nghiên cứu, loại cắt gan được thực hiện chủ yếu là cắt gan nhỏ (76,7%), nhiều nhất là cắt gan phân thùy

trước (23,3%) và cắt thùy trái (16,7%). Cắt gan lớn chiếm 23,3% trong đó: cắt gan trái 16,7%, cắt gan phải 6,7%. Tương tự ở nghiên cứu của Vũ Văn Quang cắt gan nhỏ cũng chiếm chủ yếu với 79,3%, cắt gan lớn chiếm 20,7% [9].

Nghiên cứu cũng cho thấy, hầu hết các bệnh nhân được kiểm soát cuồng theo Takasaki (83,3%), 16,7% bệnh nhân còn lại cắt thùy gan trái nên chỉ kẹp cuồng chung và cắt nhu mô dọc theo bờ trái của dây chằng liềm.

Cắt gan theo giải phẫu được xác định: ngoài cắt bỏ khối u phải cắt tĩnh mạch cửa liên quan đến u và vùng gan tương ứng, do đó có thể hạn chế di căn và tái phát trong gan [12]. Trong nghiên cứu tất cả bệnh nhân đều được cắt gan theo giải phẫu (100%). Tan (2017) thấy rằng: tỉ lệ sống không bệnh sau 5 năm ở nhóm cắt gan theo giải phẫu tốt hơn so với nhóm cắt gan không theo giải phẫu [13].

Cũng trong nghiên cứu, phương tiện cắt nhu mô gan được sử dụng ở tất cả các trường hợp là dao siêu âm. Có 7 trường hợp phối hợp sử dụng kim Kelly (23,3%).

4.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Thời gian cắt nhu mô và phẫu thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phương tiện sử dụng để cắt nhu mô gan. Trong nghiên cứu, thời gian phẫu thuật trung bình là $164,2 \pm 44,1$ phút cao hơn nghiên cứu của Vũ Văn Quang là $118,31 \pm 38,84$ phút [9], là vì trong thời gian đầu

mới tiếp cận kỹ thuật, kinh nghiệm và dụng cụ chưa đầy đủ nên thời gian phẫu thuật còn kéo dài.

Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu là $232,7 \pm 88,3$ ml và có tới 36,7% bệnh nhân phải truyền máu, tỉ lệ này cao là vì trong thời gian mới triển khai kỹ thuật, việc lĩnh máu và truyền máu gần như thường quy mà không quan tâm đến lượng máu mất. Nghiên cứu của Vũ Văn Quang lượng máu mất trung bình là $238,96 \pm 206,71$ ml, 12,3% bệnh nhân phải truyền máu [9]. Thống kê của Dương Huỳnh Thiện, 14,6% bệnh nhân cần truyền máu, máu mất trung bình 353,3 ml [10].

Trong nghiên cứu, biến chứng tràn dịch màng phổi gặp 43,3%, chiếm tỉ lệ cao nhất, điều này tương tự với nghiên cứu của Vũ Văn Quang và các tác giả khác [9], [11]. Các tác giả cho rằng có thể do quá

trình giải phóng gan, cắt các dây chằng gây ảnh hưởng đến tuần hoàn bạch huyết khu vực hoặc do rối loạn chức năng gan sau mổ. Tràn dịch màng phổi thường gặp số lượng ít, phần lớn được điều trị nội khoa hoặc chọc hút dịch, ít khi phải dẫn lưu màng phổi. Các biến chứng khác như rò mật, cổ chướng ít gặp sau mổ.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong nghiên cứu là $9,2 \pm 4,5$ ngày, tương tự thời gian nằm viện trung bình của Vũ Văn Quang $10,7 \pm 3,4$ (5 - 22) ngày [9], Dương Huỳnh Thiện: $10,4 \pm 2,4$ ngày [10].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu qua 30 bệnh nhân cho thấy, phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan ở người cao tuổi tại Bệnh viện Quân y 175 an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rajesh Sharma. (2020) Descriptive epidemiology of incidence and mortality of primary liver cancer in 185 countries: evidence from GLOBOCAN 2018. *Japanese Journal of Clinical Oncology*.50(12):1370–1379.
2. Schwartz J.M., Carithers R.L. (2018) Epidemiology and etiologic associations of hepatocellular carcinoma. *wwwuptodate.com*.
3. Wen-Ping Lu, Jia-Hong Dong. (2014) Hepatectomy for hepatocellular carcinoma in the era of liver transplantation. *World J Gastroenterol*.20(28):9237-9244.
4. Manon Allaire, Claire Goumard, Chetana Lim, et al. (2020) New frontiers in liver resection for hepatocellular carcinoma. *JHEP Reports*.2:1-14.
5. Sudip Sanyal, Philipp Kron, Neil Wylie, et al. (2020) Outcomes of liver resection for hepatocellular carcinoma in octogenarians. *HPB*.22:1324–1329.

6. Danijel Galun, Aleksandar Bogdanovic, Marko Zivanovic, et al. (2021) Short- and Long-Term Outcomes After Hepatectomy in Elderly Patients with Hepatocellular Carcinoma: An Analysis of 229 Cases from a Developing Country. *Journal of Hepatocellular Carcinoma*.8:155–165.
7. Hidekazu Yamamoto, Masaki Kaibori, Hideyuki Matsushima, et al. Efficacy and Safety of Liver Resection in Super Elderly Patients with Hepatocellular Carcinoma. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*.24:1089-1094.
8. Chuan-Ming Wang, Zi-Xiang Chen, Ping-Chuan Ma, et al. (2023) Oncological prognosis and morbidity of hepatectomy in elderly patients with hepatocellular carcinoma: a propensity score matching and multicentre study. *BMC Surgery*.23(323):1-11.
9. Vũ Văn Quang. (2018) *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuồng glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Viện nghiên cứu khoa học y dược học lâm sàng 108.
10. Dương Huỳnh Thiện. (2016) Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*.20(1):135-140.
11. Yamazaki O., Matsuyama M., Horii K., et al. (2010) Comparison of the outcomes between anatomical resection and limited resection for single hepatocellular carcinomas no larger than 5 cm in diameter: a single-center study. *Journal of hepatobiliary-pancreatic sciences*.17(3):349-358.
12. Huang X., LuS. (2017) A Meta-analysis comparing the effect of anatomical resection vs. non-anatomical resection on the long-term outcomes for patients undergoing hepatic resection for hepatocellular carcinoma. *HPB*.19(10):843-849.
13. Tan Y., Wei Zhang, Li Jiang, et al. (2017) Efficacy and safety of anatomic resection versus nonanatomic resection in patients with hepatocellular carcinoma: A systemic review and metaanalysis. *PLoS ONE*.12(10)