

# Kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư đường mật trong gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2024

Nguyễn Thành Khiêm<sup>1\*</sup>, Lê Việt Bách<sup>2</sup>, Phạm Minh Lanh<sup>1</sup>, Nguyễn Hàm Hội<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai, 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài 2/4/2025; ngày chuyển phản biện 4/4/2025; ngày nhận phản biện 18/4/2025; ngày chấp nhận đăng 25/4/2025

## Tóm tắt:

Ung thư đường mật trong gan là loại ung thư ác tính phổ biến thứ hai sau ung thư biểu mô tế bào gan, chiếm khoảng 10-15% các ung thư nguyên phát tại gan [1]. Phẫu thuật triệt căn hiện vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả duy nhất giúp cải thiện thời gian sống, do bệnh thường tiến triển âm thầm và đáp ứng kém với hóa xạ trị cũng như các liệu pháp nhắm trúng đích. Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư đường mật trong gan với mục đích triệt căn. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên 32 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 tới tháng 6/2024. Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,8±11,59; tỷ lệ biến chứng sau mổ chiếm 15,5%, không có trường hợp nào tử vong tại viện. Thời gian tái phát trung bình là 21,8±2,5 tháng, bệnh nhân mắc di căn hạch có thời gian tái phát sớm hơn. Thời gian sống trung bình sau mổ là 26,6±3,08 tháng. Gây sút cân, tình trạng di căn hạch và thời gian tái phát <2 năm là các yếu tố ảnh hưởng xấu tới thời gian sống sau mổ. Kết luận: Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư đường mật trong gan là phương pháp an toàn, hiệu quả, giúp cải thiện thời gian sống sau mổ cho bệnh nhân, đặc biệt với nhóm bệnh nhân chưa có di căn hạch.

Từ khóa: di căn hạch, thời gian sống thêm sau mổ, ung thư đường mật trong gan.

Chỉ số phân loại: 2.6, 3.2

## Outcomes of surgical treatment for intrahepatic cholangiocarcinoma at Bach Mai Hospital (January 2020 - June 2024)

Thanh Khiem Nguyen<sup>1\*</sup>, Viet Bach Le<sup>2</sup>, Minh Lanh Pham<sup>1</sup>, Ham Hoi Nguyen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Center of Digestive Surgery, Bach Mai Hospital, 78 Giai Phong Street, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam

<sup>2</sup>University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University - Hanoi, 144 Xuan Thuy Street, Cau Giay Ward, Hanoi, Vietnam

Received 2 April 2025; revised 18 April 2025; accepted 25 April 2025

## Abstract:

Intrahepatic cholangiocarcinoma is the second most common primary liver malignancy after hepatocellular carcinoma, accounting for approximately 10-15% of all primary liver cancers [1]. Curative surgery remains the only effective treatment to improve survival, as the disease often progresses silently and responds poorly to chemoradiotherapy and targeted therapies. Objectives: This study aimed to evaluate the postoperative outcomes of curative liver resection for intrahepatic cholangiocarcinoma. Patients and Methods: A retrospective study was conducted on 32 patients who underwent liver resection at Bach Mai Hospital between January 2020 and June 2024. Results: The mean patient age was 58.8±11.59 years. The postoperative complication rate was 15.5%, and no in-hospital mortality was recorded. The mean recurrence time was 21.8±2.5 months; patients with lymph node metastasis experienced earlier recurrence. The mean overall survival after surgery was 26.6±3.08 months. Postoperative survival was significantly affected by weight loss, lymph node metastasis, and recurrence within two years. Conclusion: Liver resection is a safe and effective treatment that improves postoperative survival for patients with intrahepatic cholangiocarcinoma, particularly those without lymph node metastasis.

Keywords: intrahepatic cholangiocarcinoma, lymph node metastasis, overall survival after surgery.

Classification numbers: 2.6, 3.2

\*Tác giả liên hệ: Email: nguyenthankhiemvd@gmail.com

## 1. Đặt vấn đề

Ung thư đường mật trong gan là loại ung thư ác tính phổ biến thứ hai sau ung thư biểu mô tế bào gan, chiếm 10-15% tổng số ung thư nguyên phát tại gan [1]. Bệnh thường diễn biến âm thầm, ít đáp ứng với hóa xạ trị, nhất là hiện nay khi điều trị đích vẫn còn đang trong giai đoạn thử nghiệm. Vì vậy, phẫu thuật triệt căn hiện vẫn được coi là phương pháp duy nhất cải thiện thời gian sống cho bệnh nhân. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy, chỉ có 20-30% bệnh nhân có chỉ định cắt bỏ và ngay cả khi phẫu thuật triệt để, tỷ lệ sống sau 5 năm còn thấp, chỉ khoảng 23,9% [2]. Một số nghiên cứu trong nước đã được thực hiện, song những dữ liệu về hiệu quả phẫu thuật triệt căn ung thư đường mật trong gan còn hạn chế [3].

Xuất phát từ thực tiễn đó, nhóm tác giả thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư đường mật trong gan với mục đích triệt căn tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2024.

## 2. Đối tượng, phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:* Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đường mật trong gan, được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2024, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô đường mật.

Hồ sơ bệnh án đầy đủ theo chỉ tiêu nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:* Ung thư đường mật trong gan kèm ung thư đường mật ở rốn gan hoặc ngoài gan; hồ sơ bệnh án không đầy đủ theo chỉ tiêu nghiên cứu, thiếu dữ kiện trong quá trình theo dõi.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

*Cỡ mẫu và phương pháp lấy mẫu:* Cỡ mẫu toàn thể, phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

*Phương pháp phẫu thuật:* Phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở theo đường trắng giữa, thăm dò ổ bụng, cắt túi mật, hạ gan, di động gan. Nạo vét hạch cuống gan. Kiểm soát cuống gan theo Lortat-Jacob ± Takasaki, sau đó cắt gan theo ranh giới giải phẫu bằng panh Kelly và dao siêu âm/Ligasure. Cầm máu diện cắt, đặt dẫn lưu và đóng bụng.

*Chỉ tiêu nghiên cứu:* Dữ liệu thu thập bao gồm: tuổi, giới, tiền sử bệnh lý gan, và các bệnh lý kèm theo khác; các đặc điểm lâm sàng: đau hạ sườn phải, gầy sút cân và cận lâm sàng: CA 19-9, CEA, AFP, HBsAg.

*Trong mổ:* Phương pháp cắt gan lớn (cắt 3 hạ phân thùy trở lên [3]), cắt gan nhỏ (cắt dưới 3 hạ phân thùy [2]), thời gian phẫu thuật; đặc điểm u: vị trí, kích thước, số lượng u; giải phẫu bệnh khối u (theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới năm 2019); tỷ lệ và số hạch nạo vét trung bình; phân giai đoạn ung thư theo hệ thống TNM (Tumor-Node-Metastasis) của Ấn bản lần thứ 8 do Ủy ban Hỗn hợp về Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) và Liên đoàn Quốc tế Chống Ung thư (UICC) ban hành; đánh giá diện cắt (R0: không phát hiện tế bào ung thư trên vi thể, R1: còn tế bào ung thư trên vi thể) và tổn thương, tai biến trong mổ.

*Sau mổ:* Các biến chứng sau phẫu thuật được chẩn đoán theo tiêu chí của International Study Group of Liver Surgery (ISGLS) và phân độ theo Dindo (2009): chảy máu, suy gan, rò mật nhiễm trùng vết mổ và áp-xe tồn dư, rò bạch huyết...; các biến chứng nội khoa: viêm phổi, toan chuyển hóa do đái tháo đường...; thời gian tái phát, thời gian sống sau mổ (tháng), xác suất sống sau mổ sau thời điểm 1, 2 và 3 năm. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới biến chứng sau mổ, tái phát và thời gian sống còn, bao gồm: tuổi, gầy sút, CA 19-9 trước mổ, giai đoạn bệnh, phương pháp phẫu thuật, nạo vét hạch, số lượng - kích thước u, di căn hạch, thời gian tái phát <2 năm.

Các bệnh nhân được hóa trị hỗ trợ sau mổ đối với giai đoạn I-II (Capecitabine đơn thuần), đối với giai đoạn III-IV (Gemcitabin+Cisplatin).

*Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng các test thống kê (t-test, chi-square) để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan.

Thời gian sống thêm sau mổ, thời gian tái phát sau mổ bằng phương pháp Kaplan-Meier và test log-rank, có ý nghĩa với  $p < 0,05$ .

## 3. Kết quả và bàn luận

### 3.1. Kết quả

Có 32 bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt gan, tỷ lệ nam/nữ là 2,2, tuổi trung bình là  $58,8 \pm 11,59$ .

Triệu chứng đau hạ sườn phải và sút cân chiếm 78,1%. Bệnh nhân mắc viêm gan B chiếm 46,9%, 21,9% có bệnh lý sỏi mật, 15,6% có đái tháo đường. Chất chỉ điểm khối u CA 19-9, CEA, AFP có trung vị lần lượt là 21,8 (0,6-1000) U/ml, 6,6 (1,5-38,1) UI/l, 2,5 (0,99-6437) ng/ml (bảng 1).

Kết quả bảng 1 cho thấy, 65,6% bệnh nhân cắt gan lớn, thời gian mổ trung bình là 140,7±81,6 phút, số hạch nạo vét trung bình là 6,09, diện cắt u đạt R0 chiếm chủ yếu. Kích thước u trung bình 4,5±1,7 cm và đa phần giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến (87,5%). Các bệnh nhân đều được hóa trị hỗ trợ sau mổ.

**Bảng 1. Những thông tin trong và sau phẫu thuật.**

Đặc điểm		Kết quả	
Cắt gan lớn (n, %)		21 (65,6%)	
Cắt gan nhỏ (n, %)		11 (34,4%)	
Khối u	Thời gian phẫu thuật trung bình (TB±SD, min-max, phút)	140,7±81,6 (42-288)	
	Kích thước u lớn nhất (TB±SD, min-max, cm)	4,5±1,7 (1,4-8,4)	
	Vị trí u	Gan phải (n, %)	16 (50%)
		Gan trái (n, %)	13 (40,6%)
		Cả 2 gan (n, %)	2 (9,4%)
	Phân loại u	1 khối (n, %)	29 (90,6%)
		Nhiều khối 1 thùy (n, %)	1 (3,1%)
Nhiều khối nhiều thùy (n, %)		2 (6,3%)	
Nạo vét hạch cuống gan (n, %)		29 (90,6%)	
Số hạch vét trung bình (TB, min-max)		6 (1-17)	
Di căn hạch (n, %)		11 (37,9%)	
Phân loại giải phẫu bệnh u	Ung thư biểu mô tuyến đường mật	28 (87,5%)	
	Thể hỗn hợp (ung thư đường mật trong gan kết hợp ung thư biểu mô tế bào gan)	4 (12,5%)	
Diện cắt	R0 (n, %)	31 (96,9%)	
	R1(n, %)	1 (3,1%)	

**Bảng 2. Biến chứng sau mổ.**

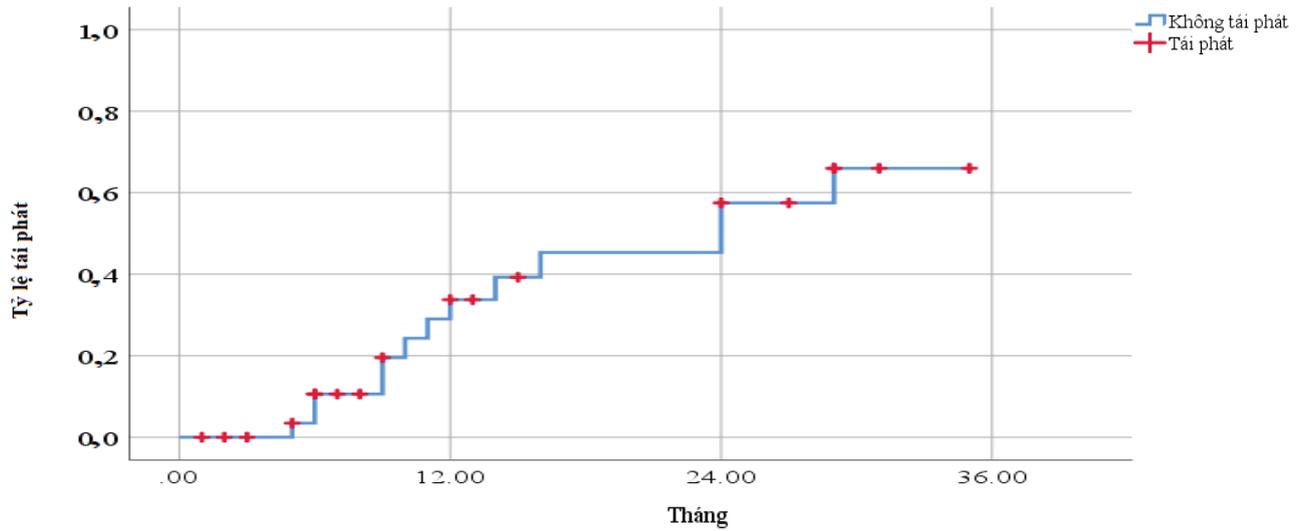
Biến chứng sau mổ	Số ca	Tỷ lệ %	Clavien-Dindo
Chảy máu	1	3,1	IV
Nhiễm trùng vết mổ	1	3,1	II
Áp xe tồn dư	1	3,1	II
Rò bạch huyết - suy gan	1	3,1	III
Toan chuyển hóa do đái tháo đường	1	3,1	IV
Tổng	5	15,5	

Kết quả bảng 2 cho thấy, biến chứng sau mổ chiếm 15,5%, trong đó có 3/5 bệnh nhân có biến chứng nặng cần can thiệp.

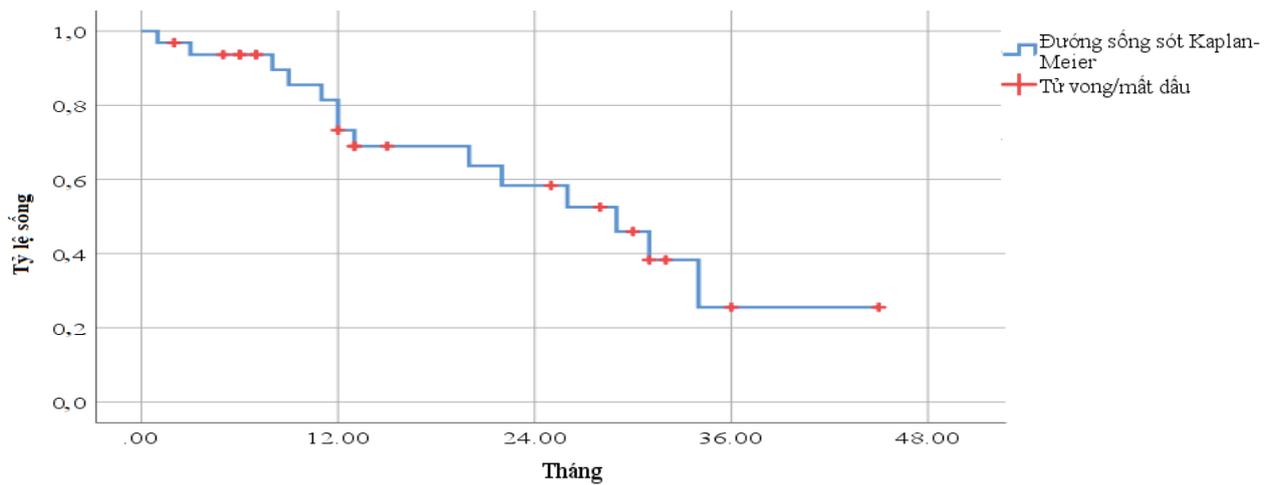
Từ hình 1 có thể thấy, tỷ lệ tái phát sau 1, 2 và 3 năm lần lượt là 33,7, 45,5 và 65,5%.

Từ hình 2 có thể thấy, tỷ lệ sống sau 1, 2 và 3 năm lần lượt là 73,3, 58,4 và 25,5%.

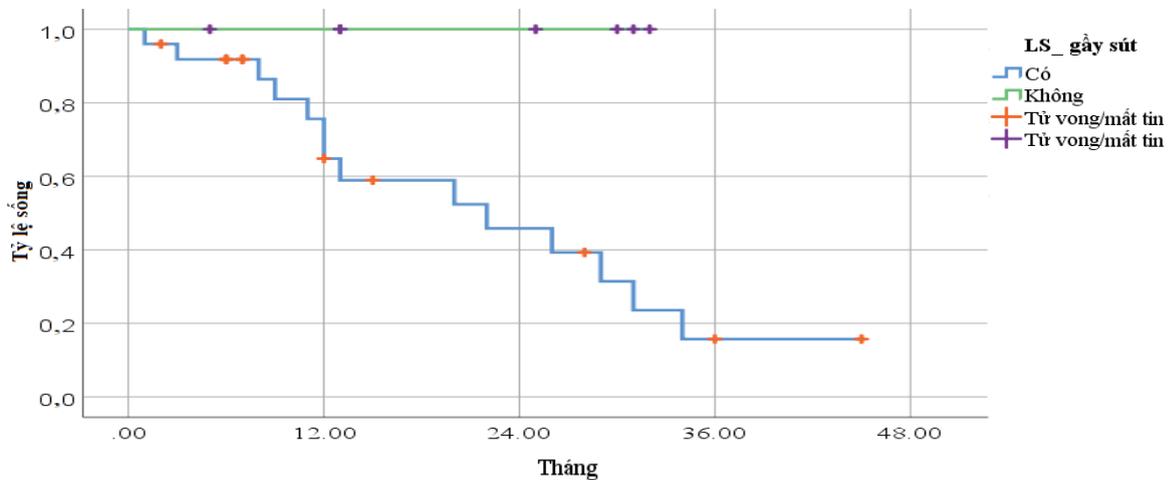
Từ hình 3 có thể thấy, tỷ lệ sống của nhóm gây sút lần lượt là 75,6 và 15,7% tại thời điểm 1 và 2 năm, của nhóm không gây sút là 100% tại 2 thời điểm trên. Gây sút ảnh hưởng tới thời gian sống sau mổ (p=0,018).



Hình 1. Tỷ lệ tái phát tại các thời điểm.



Hình 2. Tỷ lệ sống sót tại các thời điểm.



Hình 3. Ảnh hưởng của yếu tố gây sút tới thời gian sống sót sau mổ.

**Bảng 3. Những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian tái phát sau mổ.**

Chỉ tiêu		Thời gian tái phát (tháng)	log-rank
Tuổi	<50 (n=10)	18,9±3,79	0,765
	≥50 (n=22)	22,89±3,1	
CA 19-9	≤89 (n=14)	18,9±3,7	0,765
	>89 (n=6)	22,9±3,1	
Giai đoạn bệnh	I+II (n=15)	24,3±2,8	0,166
	III+IV (n=17)	18,7±3,5	
Số lượng khối u	Khối u đơn độc (n=29)	22,9±2,6	0,242
	Có nhiều khối u (n=3)	10,6±0,9	
Di căn hạch	Có di căn (n=11)	13,9±2,5	0,024
	Không di căn (n=21)	26,7±2,813	

**Bảng 4. Những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống sau mổ.**

Chỉ tiêu		Thời gian sống thêm (tháng)	log-rank
CA 19-9	≤89 (n=14)	24,8±3,1	0,494
	>89 (n=6)	31,7±5,7	
Di căn hạch	Có di căn (n=11)	17,8±3,5	<b>0,018</b>
	Không di căn (n=21)	32,94±3,8	
Kích thước khối u	<5 cm (n=23)	18,4±4,6	0,613
	≥5 cm (n=9)	27,5±3,3	
Số lượng khối u	1 khối (n=29)	27,71±3,2	0,368
	Nhiều khối 1 thùy (n=1)	12	
	Nhiều khối nhiều thùy	12,5±0,35	
Nạo vét hạch	Có (n=29)	25,5±3,3	0,594
	Không (n=3)	24,3±5,7	
Thời gian tái phát	≤2 năm (n=26)	15,2±1,8	<b>0,02</b>
	>2 năm (n=6)	33,8±1,1	

Kết quả bảng 3 cho thấy, có 13/32 bệnh nhân tái phát trong đó 30,7% di căn tại gan, 61,5% tái phát ngoài gan, 7,8% cả trong và ngoài gan, thời gian tái phát trung bình là 21,8±2,5 tháng. Tỷ lệ tái phát trước 2 năm là 45,5% (hình 1). Bệnh nhân có di căn hạch có thời gian tái phát (13,9±2,5 tháng) sớm hơn so với bệnh nhân không di căn hạch (26,7±2,813 tháng).

Kết quả bảng 4 cho thấy, tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, có 17 trường hợp còn sống, 14 trường hợp đã chết, 1 trường hợp mất tin. Thời gian sống trung bình sau mổ là

26,6±3,08 tháng. Gầy sút cân, di căn hạch và thời gian tái phát <2 năm là những yếu tố ảnh hưởng tới thời gian sống sau mổ ( $p < 0,05$ ).

### 3.2. Bàn luận

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam/nữ là 2,2; độ tuổi trung bình là 58,8±11,59; tuổi thấp nhất là 39 và cao nhất là 79. Triệu chứng đau hạ sườn phải và gầy sút cân là hai triệu chứng thường gặp nhất (78,1%). Nghiên cứu của A. Nickkholgh và cs (2019) [4] trên 190 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 63, tỷ lệ nam/nữ là 0,77; hai triệu chứng đau

hạ sườn phải (42,3%) và gầy sút cân (19,5%) cũng là triệu chứng hay gặp nhất. Sự khác biệt về giới tính và biểu hiện lâm sàng giữa hai nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm dân số và yếu tố nguy cơ theo vùng địa lý. Tại châu Á, nam giới chiếm ưu thế do tỷ lệ viêm gan mạn, sỏi mật, uống rượu và hút thuốc cao hơn, trong khi ở phương Tây, nữ giới có thể mắc bệnh nhiều hơn do liên quan đến bệnh lý đường mật bẩm sinh hoặc miễn dịch. Tăng CA 19-9 và CEA, kết hợp với hình ảnh học, góp phần gợi ý chẩn đoán ung thư đường mật. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cắt gan lớn 65,6%, kích thước khối u trung bình  $4,5 \pm 1,7$  cm và tỷ lệ R0 đạt 96,9%. Trong khi đó, nghiên cứu của M.C.D. Jong và cs (2011) [5] trên 449 bệnh nhân có tỷ lệ cắt gan lớn cao hơn (74,9%), kích thước khối u trung bình lớn hơn (6,5 cm) và tỷ lệ R0 thấp hơn (81,1%), với R1 cao hơn (15,6%). Sự khác biệt này có thể do kích thước khối u lớn hơn làm tăng nguy cơ xâm lấn, dẫn đến tỷ lệ cắt gan lớn cao hơn và đạt được R0 thấp hơn. Đa phần hình ảnh đại thể khối u là dạng đơn độc (90,6%), chỉ có 2 trường hợp có nhiều khối u ở nhiều thùy ảnh hưởng tới khả năng triệt căn, tuy nhiên vẫn có khả năng cắt bỏ triệt căn. Mặc dù vậy, vẫn ghi nhận có 1 trường hợp khối u nằm ở thùy I chỉ đạt diện cắt R1 do khối u lớn chiếm toàn bộ phân thùy I và tính phức tạp về giải phẫu của phân thùy này. Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn III-IV chiếm 53,1%, cao hơn so với nghiên cứu của H. Yang và cs (2019) [6] (24,4%). Sự khác biệt này có thể đến từ việc chẩn đoán muộn do ít tầm soát và chỉ đi khám khi có triệu chứng ở người Việt Nam. Đáng chú ý, có 1 bệnh nhân giai đoạn IV đã di căn phúc mạc, tuy nhiên, nhân phúc mạc nằm ở cuống gan, do đó có thể lấy bỏ được cùng với động tác nạo vét hạch cuống gan và đạt diện cắt R0.

Tỷ lệ nạo vét hạch trong nghiên cứu của M.C.D. Jong và cs (2011) [5] đạt 55,2%, với số hạch nạo vét trung bình là 3, trong đó, 29,8% bệnh nhân phát hiện có di căn hạch. Nhóm tác giả cho rằng, nạo vét hạch không chỉ giúp giảm nguy cơ tái phát tại chỗ mà quan trọng hơn là giúp xác định chính xác giai đoạn bệnh, từ đó đưa ra hướng điều trị và tiên lượng phù hợp cho bệnh nhân. Nhận định đó cũng được khẳng định trong nghiên cứu này, khi kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nạo vét hạch cao hơn (90,6%) giúp tăng tỷ lệ phát hiện di căn hạch (37,9%). Tỷ lệ này cũng cho thấy, bạch huyết là một con đường di căn phổ biến của ung thư đường mật trong gan.

Về kết quả gần: có 5 trường hợp biến chứng sau mổ (15,6%) bao gồm 2 biến chứng phân độ II là nhiễm trùng vết mổ, áp-xe tồn dư, 1 biến chứng phân độ III là rò bạch huyết - suy gan và 2 biến chứng phân độ IV là hôn mê toan chuyển hóa do đái tháo đường type 2 và chảy máu, không có bệnh nhân nào tử vong. Nghiên cứu của T.M. Cuong và cs (2024) [3] cũng cho tỷ lệ biến chứng sau mổ tương tự là 15,15%, trong đó có 1 trường hợp suy gan, 3 trường hợp cổ trướng và 1 trường hợp viêm phổi. Các yếu tố như cắt gan lớn, truyền máu trong mổ, nạo vét hạch thường được nhắc tới như những nguy cơ làm tăng biến chứng sau mổ trong một số nghiên cứu [7], tuy nhiên, ở trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên hệ giữa các yếu tố này với các biến chứng sau mổ.

Về tỷ lệ tái phát: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 13 bệnh nhân (40,6%) bị tái phát. Thời gian tái phát trung bình là  $21,8 \pm 2,5$  tháng. Những vị trí tái phát bao gồm di căn tại gan có 4 trường hợp (30,7%), 8 trường hợp di căn ngoài gan (61,5%), 1 trường hợp tái phát cả trong và ngoài gan (7,8%). Trong nghiên cứu của A. Nickkholgh và cs (2019) [4], tỷ lệ tái phát là 45,8%, thời gian tái phát trung bình sau mổ là 11 tháng, số bệnh nhân tái phát tại gan là 62,07%, 20,69% số bệnh nhân tái phát ngoài gan, 17,24% số bệnh nhân tái phát cả trong và ngoài gan. Di căn hạch là yếu tố duy nhất ảnh hưởng tới thời gian tái phát sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi. Bệnh nhân ung thư đường mật trong gan đã có di căn hạch có thời gian tái phát trung bình ngắn hơn (13,9 tháng) so với bệnh nhân không có di căn hạch (26,7 tháng). Nghiên cứu của H. Yang và cs (2019) [6] cũng kết luận rằng, di căn hạch làm tăng nguy cơ tái phát trong vòng 2 năm, vì thế nên điều trị xạ trị sau mổ ở những bệnh nhân có di căn hạch để ngăn ngừa tái phát sớm. Nghiên cứu của G. Spolverato và cs (2015) [8] cho rằng, diện cắt  $R0 < 1$  cm hoặc R1 có tỷ lệ tái phát cao hơn tại các thời điểm 1 và 3 năm so với nhóm  $R0 \geq 1$  cm. Nghiên cứu của chúng tôi không đề cập ảnh hưởng của diện cắt lên tỷ lệ tái phát do tỷ lệ R1 nhỏ (1/32 bệnh nhân), dẫn đến kết quả không đủ ý nghĩa thống kê. Ngoài ra, các nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra CA 19-9 cao hay số lượng khối u nhiều cũng là nguyên nhân dẫn tới tái phát sớm [6, 8]. Tuy nhiên, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan của các yếu tố trên so với tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu này.

Về thời gian sống sau mổ: Thời gian sống trung bình trong nghiên cứu này là 26,6±3,08 tháng. Tỷ lệ sống tại thời điểm 1 năm là 73,3% và 3 năm là 25,5%. Trong khi đó, nghiên cứu của Y. Kawarada và cs (2002) [9] báo cáo thời gian sống trung bình sau mổ là 31,7 tháng, tỷ lệ sống tích lũy sau 1 và 3 năm lần lượt là 54,1 và 34,0%. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy, tỷ lệ sống sau 3 năm cao hơn, như nghiên cứu của A. Nickkholgh và cs (2019) [4] là 56,6% hay của H. Yang và cs (2019) [6] là 47,8%. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ việc phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán ở giai đoạn muộn.

Phân tích các yếu tố có liên quan tới thời gian sống sau mổ cho thấy, gây sút cân, di căn hạch và thời gian tái phát ≤2 năm là những yếu tố ảnh hưởng tới thời gian sống sau mổ ( $p < 0,05$ ). Trong đó, gây sút cân là một trong những dấu hiệu cho thấy ung thư đang ở trong giai đoạn tiến triển. Nhiều nghiên cứu chỉ ra bệnh nhân sút >10% trọng lượng trong 6 tháng có tỷ lệ sống thấp hơn, do tình trạng suy kiệt ảnh hưởng đến sức chịu đựng điều trị như phẫu thuật, hóa xạ trị sau phẫu thuật. Di căn hạch được xác định là yếu tố tiên lượng xấu, ảnh hưởng đáng kể đến thời gian sống sau mổ. Cụ thể, nhóm có di căn hạch có thời gian sống trung bình sau mổ chỉ 17,8±3,5 tháng, thấp hơn đáng kể so với nhóm không di căn (32,94±3,8 tháng). Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng đã chứng minh điều này, trong đó Y. Umeda và cs (2022) [10] báo cáo thời gian sống của bệnh nhân có di căn hạch chỉ 16,9 tháng, so với 57,2 tháng ở nhóm không di căn ( $p < 0,05$ ), cho thấy sự khác biệt rõ rệt, nghiên cứu của H. Yang và cs (2019) [6] cũng cho kết quả tương tự. Ngoài hai yếu tố trên, tái phát sớm cũng ảnh hưởng tiêu cực tới thời gian sống sau mổ. Nghiên cứu cho thấy, những bệnh nhân tái phát trong vòng <2 năm có thời gian sống trung bình chỉ 15,2±1,8 tháng, thấp hơn rõ rệt so với nhóm tái phát sau 2 năm là 33,8±1,1 tháng. Nghiên cứu của H. Yang và cs (2019) [6] cũng có cùng kết luận khi so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân này, cụ thể bệnh nhân tái phát trong sau 2 năm có thời gian sống là 44,7 tháng, dài hơn rất nhiều so với nhóm tái phát trong vòng 2 năm chỉ 16,5 tháng. Ông nhận định những bệnh nhân có một số đặc điểm ác tính cao của bệnh như nhiều khối u, di căn hạch, giai đoạn bệnh muộn (III, IV), nồng độ CA 19-9 cao, thường có xu hướng tái phát sớm hơn những bệnh nhân không mang những đặc điểm sinh học trên, điều này lý giải vì sao bệnh nhân tái phát sớm thường có tiên lượng kém hơn [6].

#### 4. Kết luận

Phẫu thuật cắt gan là phương pháp an toàn, hiệu quả điều trị cho bệnh nhân ung thư đường mật trong gan. Phát hiện và điều trị bằng phẫu thuật ở giai đoạn sớm khi chưa có di căn hạch mang lại tiên lượng tốt hơn cho bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] S. Sarcognato, D. Sacchi, M. Fassan, et al. (2021), "Cholangiocarcinoma", *Pathologica - Journal of The Italian Society of Anatomic Pathology and Diagnostic Cytopathology*, **113**, pp.158-169, DOI: 10.32074/1591-951X-252.
- [2] S.M. Strasberg, J. Belghiti, P.A. Clavien, et al. (2000), "The Brisbane 2000 terminology of liver anatomy and resections", *HPB*, **2(3)**, pp.333-339, DOI: 10.1016/S1365-182X(17)30755-4.
- [3] T.M. Cuong, P.T. Anh (2024), "Early surgical outcomes of anatomical liver resection for intrahepatic cholangiocarcinoma at K Hospital", *Vietnam Medical Journal*, **539(3)**, pp.9-13, DOI: 10.51298/vmj.v539i3.9991 (in Vietnamese).
- [4] A. Nickkholgh, O. Ghamarnejad, E. Khajeh, et al. (2019), "Outcome after liver resection for primary and recurrent intrahepatic cholangiocarcinoma", *BJS Open*, **3(6)**, pp.793-801, DOI: 10.1002/bjs5.50217.
- [5] M.C.D. Jong, H. Nathan, G.C. Sotiropoulos, et al. (2011), "Intrahepatic cholangiocarcinoma: An international multi-institutional analysis of prognostic factors and lymph node assessment", *JCO*, **29(23)**, pp.3140-3145, DOI: 10.1200/JCO.2011.35.6519.
- [6] H. Yang, J. Wang, Z. Li, et al. (2019), "Risk factors and outcomes of early relapse after curative resection of intrahepatic cholangiocarcinoma", *Front. Oncol.*, **9**, DOI: 10.3389/fonc.2019.00854.
- [7] T. Miyata, Y. Yamashita, T. Yamao, et al. (2017), "Prognostic impacts of postoperative complications in patients with intrahepatic cholangiocarcinoma after curative operations", *Int. J. Clin. Oncol.*, **22(3)**, pp.526-532, DOI: 10.1007/s10147-017-1099-9.
- [8] G. Spolverato, M.Y. Yakoob, Y. Kim, et al. (2015), "Impact of complications on long-term survival after resection of intrahepatic cholangiocarcinoma", *Cancer*, **121(16)**, pp.2730-2739, DOI: 10.1002/cncr.29419.
- [9] Y. Kawarada, K. Yamagiwa, B.C. Das (2002), "Analysis of the relationships between clinicopathologic factors and survival time in intrahepatic cholangiocarcinoma", *Am. J. Surg.*, **183(6)**, pp.679-685, DOI: 10.1016/s0002-9610(02)00853-x.
- [10] Y. Umeda, T. Mitsuhashi, T. Kojima, et al. (2022), "Impact of lymph node dissection on clinical outcomes of intrahepatic cholangiocarcinoma: Inverse probability of treatment weighting with survival analysis", *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, **29(2)**, pp.217-229, DOI: 10.1002/jhbp.1038.