

HỘI GAN MẬT VIỆT NAM (VASLD) Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt



KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ GAN MẬT TỤY TẠI VIỆT NAM

Guideline Recommendations of Diagnosis and Treatment
of Hepato-Biliary Pancreatic Diseases in Vietnam



Hội nghị Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam tại Bệnh viện Vinmec (Hà Nội) 9-10/5/2025
Trình bày Khuyến cáo về Suy gan cấp trên nền mạn (ACLF) ở Việt Nam

Hà Nội 2025
Phát hành toàn quốc

Hội nghị Kết hợp hai nền Y học trong Phòng trị bệnh lý Gan mật tụy và Kỷ niệm 300 năm ngày sinh Đại Danh y Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác tại Viện Y học Cổ truyền Quân đội 14/6/2024



*Hội thảo Viêm gan Thế giới (28/7/2024)
Kỷ niệm 30 năm Thành lập Bệnh viện ĐHYD Tp HCM*

*Hội nghị Gan mật tụy Việt Nam tại Bệnh viện TW Thái Nguyên 18-19/10/2024.
Xây dựng Khuyến cáo về Chuyển đổi số, Trí tuệ Nhân tạo (AI) và Ung thư đường mật vùng rốn gan*



Can thiệp ít xâm lấn Gan mật tụy đang là xu thế mới với Tập huấn tại Bệnh viện TWQĐ 108 tháng 2/2025



Đoàn Việt Nam tham dự Hội nghị Gan mật tụy Châu Á - TBD ở Seoul, Hàn Quốc 9/2019

Quốc tế vinh danh Chuyên ngành Gan mật tụy Việt Nam tại New York Hoa Kỳ 4/2022



Lãnh đạo Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy VN dự Hội nghị Quốc tế tại Busan Hàn Quốc 3/2023 - GS TS Lê Trung Hải vinh dự được mời Phát biểu Chào mừng tại Tiệc tối Trưởng đoàn các nước tham dự và Chủ tọa Phiên “Phẫu thuật Gan mật tụy châu Á”

Đoàn Việt Nam dự Hội nghị Ghép tạng châu Á (ATW) tại Seoul Hàn Quốc 11/2023 với 12 báo cáo về ghép gan, ghép thận và GS TS Lê Trung Hải vinh dự được mời Phát biểu chào mừng trong Tiệc tối Hội nghị và Chủ tọa phiên Hội thảo chuyên đề về “Ghép tạng ở Việt Nam”



GS TS Lê Trung Hải - Chủ tịch Sáng lập Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy VN báo cáo về “Ghép gan ở Việt Nam - Thành tựu và Thách thức” tại Hội nghị Khoa học Quốc tế ở Bangkok Thái Lan 2/2024



Đoàn Việt Nam dự Hội nghị Gan mật tụy Thế giới tại Cape Town Nam Phi 5/2024 với nhiều báo cáo khoa học của các phẫu thuật viên trẻ từ 3 miền đất nước.

GS TS Lê Trung Hải - Chủ tịch Hội Gan mật VN báo cáo về “Tiến bộ trong Phòng trị Ung thư gan ở Việt Nam” tại Hội nghị Ung thư châu Á ở Tây An Trung Quốc 11/2024 và vinh dự được bổ nhiệm làm Giảng viên thỉnh giảng của Hội Ung thư Trung Quốc



Hội thảo Ghép gan ASEAN trong Hội nghị Ghép gan Thế giới (28-31/5/2025) tại Singapore GS TS Lê Trung Hải - Chủ tọa Hội thảo chụp kỷ niệm với các báo cáo viên của Khu vực Đông Nam Á.

ISSN: 1859 - 431X

HỘI GAN MẬT VIỆT NAM (VASLD)

Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam (VSHBPS)



KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ GAN MẬT TỤY TẠI VIỆT NAM

**Guideline Recommendations of Diagnosis and Treatment
of Hepato-Biliary Pancreatic Diseases in Vietnam**

Tạp chí Gan mật Việt Nam - Số 62/2025

Trụ sở: 14 Ngõ 19 Nguyễn Văn Lộc, Hà Đông Hà Nội - Tel: +84 336026888

Email: VietnamASLD@gmail.com | VietnamSHBPS@gmail.com

Website: vasld.com.vn

Giấy phép xuất bản: Số 322/GP-BTTTT của Bộ Văn hoá Thông tin cấp ngày 27-5-2012.

In tại Công ty In Tiền bộ - 175 Nguyễn Thái Học - Hà Nội

TẠP CHÍ GAN MẬT VIỆT NAM
HỘI GAN MẬT VIỆT NAM

Phân hội Phẫu thuật Gan mật tuy Việt Nam
Xuất bản

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC
Chủ tịch Hội đồng

Thiếu tướng GS TS Lê Trung Hải

Trưởng Ban Biên soạn các Khuyến cáo hướng dẫn & Thông điệp

Tổng Biên tập Tạp chí

PGS TS Trần Văn Hợp - Phó Chủ tịch Hội đồng Khoa học

Phó Chủ tịch Hội đồng Khoa học

PGS TS Trịnh Thị Ngọc, GS TS Phạm Như Hiệp

PGS TS Nguyễn Hoàng Bắc, PGS TS Nguyễn Tiến Thịnh

PGS TS Phạm Thị Thu Thủy

Phó Tổng Biên tập Tạp chí

PGS TS Lê Thanh Sơn - Thư ký Hội đồng Khoa học

PGS TS Trần Thị Khánh Tường - Ủy viên Hội đồng Khoa học

Ủy viên Hội đồng

PGS TS Đậu Xuân Cảnh, PGS TS Nguyễn Xuân Kiên, PGS TS Nguyễn Thị Bạch Tuyết, PGS TS Đào Quang Minh, GS TS Lê Hữu Song, PGS TS Bùi Hữu Hoàng, PGS TS Vũ Văn Khiên, PGS TS Trần Xuân Chương, GS TS Trần Văn Huy, PGS TS Phạm Văn Năng, PGS TS Nguyễn Quang Nghĩa, PGS TS Dương Hồng Thái, PGS TS Phan Minh Trí, PGS TS Nguyễn Nghiêm Luật, PGS TS Nguyễn Văn Hương, PGS TS Đỗ Duy Cường, PGS TS Hoàng Tiến Tuyên, PGS TS Phạm Cẩm Phương, PGS TS Phạm Duy Hiền, PGS TS Nguyễn Phạm Anh Hoa, PGS TS Đào Việt Hằng, PGS TS Võ Duy Thông, PGS TS Trần Mạnh Hùng, PGS TS Lê Văn Thành, PGS TS Phạm Văn Thương, PGS TS Vũ Văn Quang

Ban Thư ký Toà soạn

BS Lý Ngọc Bích - BS Nguyễn Trung Hiếu - CN Phạm Thị Diệu Anh

MỤC LỤC

	trang
Lời nói đầu	6
1. Khuyến cáo hướng dẫn về Chẩn đoán và điều trị Suy gan cấp trên nền gan mạn (ACLF) ở Việt Nam (Bản Phát hành lần đầu 2025)	10
2. Khuyến cáo về Ứng dụng Chuyển đổi số và Trí tuệ nhân tạo (AI) trong bệnh lý Gan mật tụy ở Việt Nam (Bản Phát hành lần đầu 2025)	18
3. Khuyến cáo hướng dẫn về Ứng dụng huỳnh quang ICG trong phẫu thuật Gan mật ở Việt Nam (Bản Cập nhật 2025)	25
4. Khuyến cáo hướng dẫn về Ghép gan tại Việt Nam (Bản Cập nhật 2025)	33
5. Khuyến cáo hướng dẫn về Chẩn đoán và điều trị Ung thư biểu mô tế bào gan ở Việt Nam (Bản Cập nhật 2025)	59
6. Thông điệp và Khuyến cáo về Viêm gan ở Việt Nam nhân Ngày Viêm gan Thế giới 28/7/2025	88
7. Thông điệp và Khuyến cáo về Phòng trị bệnh lý Gan nhiễm mỡ ở Việt Nam (Bản Phát hành lần đầu 2025)	93
8. Khuyến cáo hướng dẫn về Chẩn đoán và Điều trị Ung thư tụy tại Việt Nam (Bản Cập nhật 2025)	97
9. Khuyến cáo hướng dẫn về Điều trị bệnh Sỏi mật ở Việt Nam (Bản Cập nhật 2025)	111
10. Khuyến cáo hướng dẫn về Chẩn đoán và điều trị Ung thư biểu mô đường mật vùng rốn gan ở Việt Nam (Bản Phát hành lần đầu 2025)	127
11. Khuyến cáo hướng dẫn về các Tiến bộ trong điều trị ít xâm lấn bệnh lý Gan mật tụy ở Việt Nam (Bản Phát hành lần đầu 2025)	135

Các quyết định ban hành khuyến cáo

The Table of Content

	Page
Forewords	6
1. Guideline recommendations of Diagnosis and Treatment for Acute-on-chronic liver failure (ACLF) in Vietnam (First publish 2025)	10
2. Guideline recommendations of Digital transformatiic and AI for HBP disease in Vietnam (First publish 2025)	18
3. Guideline recommendations about application of Fluorescence indocyanine green (ICG) in Hepato biliary surgery in Vietnam (Updated version 2025)	25
4. Guideline recommendations of Liver transplantation in Vietnam (Updated version 2025)	33
5. Guideline recommendations of Diagnosis and treatment of HCC in Vietnam (Updated version 2025)	59
6. Messeges & recommendations of Hepatitis in Vietnam on World Hepatitis Day July 28, 2025	88
7. Messeges & recommendations of Prevention and treatment of Fatty liver disease in Vietnam (First publish 2025)	93
8. Guideline recommendations of Diagnosis and treatment of Pancreatic cancer in Vietnam (Updated version 2025)	97
9. Guideline recommendations of Treatment of Biliary stone in Vietnam (Updated version 2025)	111
10. Guideline recommendations of Diagnosis and treatment of Perihilar cholangiocarcinoma in Vietnam (First publish 2025)	127
11. Guideline Recommendations about Advances in Less invasive treatment for Hepato biliary pancreatic diseases in Vietnam (First publish 2025)	135

Enforced decisions about Guideline recommendations.

LỜI NÓI ĐẦU

Trong những năm qua, chuyên ngành Gan mật tụy Việt Nam đã vượt qua nhiều khó khăn thách thức và có sự phát triển vượt bậc được Quốc tế đánh giá cao. Trong đó có nhiều kỹ thuật mới đã được ứng dụng mang lại nhiều hiệu quả thực tế giúp cứu chữa người bệnh và phát triển nền y học nước nhà. Qua ứng dụng và phát triển các kỹ thuật này trên một số lượng đông đảo người bệnh và phong phú về thể loại của bệnh lý gan mật tụy, chúng ta đã thu được những bài học kinh nghiệm thực tế quý giá của Việt Nam. Đồng thời cập nhật và trao đổi với các bạn bè Quốc tế để xây dựng nên các Khuyến cáo hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý gan mật tụy hay gặp dựa trên thực tiễn của nước nhà và cập nhật Thế giới cùng khu vực. Từ những khuyến cáo ban đầu về chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (11/2019) - một bệnh lý có số mắc mới và tử vong nhiều nhất khi đó ở Việt Nam cho đến các thông điệp nhân ngày Viêm gan Thế giới (2020) và sau này là các khuyến cáo về sỏi đường mật (2020), ung thư tụy (2021), ghép gan (2021). Đặc biệt, trong năm 2024 đã xây dựng thêm được các khuyến cáo mới về ứng dụng Chuyển đổi số và trí tuệ nhân tạo (AI) trong bệnh lý gan mật tụy (đây còn là những khuyến cáo đầu tiên của khu vực Đông Nam Á về lĩnh vực này) và về Chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô đường mật vùng rốn gan (u Klastkin). Trước đó (12/2023) đã xây dựng được khuyến cáo về ứng dụng Huỳnh quang ICG trong phẫu thuật gan mật ở Việt Nam. Đây là những vấn đề mới (như chuyển đổi số, AI, huỳnh quang ICG) và có nhiều khó khăn trong thực tiễn (như u Klastkin) nên việc ra đời các khuyến cáo mới nói trên sẽ giúp hướng dẫn, tháo gỡ khó khăn và giúp nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị người bệnh gan mật tụy ở Việt Nam.

Trong số các bệnh lý nói trên, đáng lưu ý ghép gan ở Việt Nam đã có những phát triển vượt bậc, trở thành một phương pháp mới có hiệu quả cao để điều trị các bệnh lý gan giai đoạn cuối. Đến nay cả nước đã ghép gan được hơn 700 trường hợp, trong đó có khoảng 80% là ghép gan lấy từ người hiến sống. Các trung tâm ghép gan hàng đầu

Việt Nam đã ứng dụng các tiến bộ kỹ thuật mới với nhiều kết quả đáng khích lệ và tiếp cận với trình độ Thế giới, đặc biệt đã ứng dụng phẫu thuật nội soi trong lấy gan và ghép gan ở người hiến sống (đến nay đã được gần 100 ca), thực hiện chia gan để ghép ở người cho chết não giúp cho nhiều bệnh nhân được thụ hưởng, nhất là trẻ em ... Những thành công trong ghép gan đã nâng cao sự hợp tác của các chuyên khoa, các cơ sở y tế trong nước và Quốc tế, đồng thời giúp phát triển y học, mang lại nhiều lợi ích kinh tế xã hội, cải thiện chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và bộ đội. Tháng 12/2021, Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tuy Việt Nam đã xây dựng các khuyến cáo về ghép gan dựa trên thực tiễn và kinh nghiệm của đất nước chúng ta kết hợp với sự cập nhật của Thế giới và Khu vực. Trong gần 4 năm qua với nhiều hội thảo chuyên sâu cùng các chuyên gia Quốc tế hàng đầu chúng ta tiếp tục cập nhật xây dựng thêm những khuyến cáo hướng dẫn bổ ích về Ghép gan - một trong số các thành tựu lớn của y học nước nhà.

Trong nhiều năm gần đây, ở Việt Nam ung thư gan đã chiếm hàng nhiều nhất trong các loại ung thư với số mắc mới và tử vong hàng năm đều trên dưới 24 nghìn trường hợp. Nguyên nhân chính gây ung thư gan ở nước ta là do tỷ lệ cao viêm gan virus và do uống nhiều rượu bia cùng một số nguyên nhân khác. Ung thư gan và viêm gan đang là những thách thức to lớn đối với nền y tế nước nhà và chuyên ngành Gan mật Việt Nam. Với sự chung tay của các chuyên gia trong cả nước và Quốc tế, Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tuy Việt Nam đã xây dựng được Khuyến cáo hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan ở Việt Nam năm 2019. Khuyến cáo này đã nhận được nhiều phản hồi tích cực và đánh giá cao từ các thầy thuốc và các bệnh viện, cơ sở y tế trong cả nước. Từ đó đến nay, đã được tiếp tục cập nhật qua nhiều hội nghị, hội thảo khoa học. Một điểm đáng lưu ý trong khuyến cáo về ung thư gan đã đề cập nhiều đến điều trị đa mô thức (multidisciplinary treatment) và sẽ tiến tới phương pháp tích hợp toàn bộ điều trị ung thư gan (holistic integrative management of liver cancer) và đẩy mạnh ứng dụng miễn dịch trị liệu với ung thư gan mật tuy ở Việt Nam.

Viêm gan virus là vấn đề lớn ở nước ta, nhất là viêm gan virus B. Việt Nam đã có các hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị viêm gan virus do Bộ Y tế ban hành. Với các phong trào hoạt động cùng các nghiên cứu trao đổi trong nước và Quốc tế, đặc biệt nhân kỷ niệm Ngày Viêm gan Thế giới 28/7/2020 chúng ta đã phát hành các thông điệp và khuyến cáo về Viêm gan virus và trong 5 năm qua đã bổ xung thêm những khuyến cáo mới bổ ích nữa. Các khuyến cáo và hướng dẫn nói trên cũng được cập nhật qua nhiều hội thảo chuyên đề.

Trong nửa đầu năm 2025, chúng ta đã xây dựng được các khuyến cáo hướng dẫn mới về suy gan cấp trên nền gan mạn (ACLF) là bệnh lý còn gặp khó khăn trong điều trị trước đây ở Việt Nam, nhất là nay có kinh nghiệm ứng dụng ghép gan trong bệnh lý này mang lại kết quả khả quan và các thông điệp khuyến cáo về bệnh gan nhiễm mỡ là bệnh lý hay gặp ở nước ta. Đặc biệt trong nhiều năm qua việc ứng dụng điều trị can thiệp tối thiểu và phẫu thuật ít xâm lấn trong bệnh lý Gan mật tuy đã được triển khai mang lại nhiều kết quả tốt và có ưu thế rõ ràng, giúp đạt nhiều hiệu quả, sự an toàn và ít xâm lấn về điều trị, trong đó đáng lưu ý là: ít đau, nhanh hồi phục sau làm kỹ thuật, thời gian nằm viện ngắn, chi phí giảm, tính thẩm mỹ cao hơn, có thể triển khai ở nhiều cơ sở y tế ... Chính vì vậy xây dựng các khuyến cáo hướng dẫn về các tiên bộ trong điều trị ít xâm lấn bệnh lý Gan mật tuy ở Việt Nam là những tổng kết đúc rút từ kinh nghiệm thực tiễn nước ta và cập nhật Thế giới sẽ giúp nâng cao chất lượng cứu chữa và chăm sóc sức khoẻ cho người bệnh gan mật tuy ở Việt Nam. Nhìn chung, các khuyến cáo hướng dẫn và thông điệp nói trên đã đề cập đến các bệnh lý hay gặp nhất về gan mật tuy ở nước ta và các kỹ thuật mới mà hiện nay được quan tâm nhiều nhằm giúp định hướng chuyên môn và ứng dụng thực tiễn. Hình thức của khuyến cáo, hướng dẫn có các câu hỏi lâm sàng và được trả lời bằng các nội dung chuyên môn. Cách thể hiện là ngắn gọn, dễ hiểu, dễ nhớ và dễ thực hiện. Trong triển khai xây dựng với nguồn tư liệu phong phú và tham khảo rộng rãi ý kiến của các chuyên gia hàng đầu trong nước và Quốc tế với các đóng góp trực tiếp và qua các hội thảo chuyên đề. Các khuyến cáo hướng dẫn và thông điệp nói trên luôn được cập

nhật và điều chỉnh, bổ xung cho sát thực tiễn. Trong quá trình xây dựng khuyến cáo hướng dẫn và thông điệp chắc chắn vẫn còn những điểm hạn chế, Ban Soạn thảo luôn mong nhận được các ý kiến đóng góp của các chuyên gia để tiếp tục hoàn thiện.

Thời gian tới, Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam tiếp tục cập nhật hoàn thiện và xây dựng thêm các khuyến cáo hướng dẫn và thông điệp mới, để giúp nâng cao chăm sóc sức khỏe nhân dân và phát triển chuyên ngành.

Thay mặt Ban Biên tập và Hội đồng khoa học

Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải

Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam và

Chủ tịch Sáng lập Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam

KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY GAN CẤP TRÊN NỀN GAN MẠN Ở VIỆT NAM

Guideline Recommendations of Diagnosis and Treatment for Acute-on-chronic Liver Failure (ACLF) in Vietnam

(*Bản Phát hành lần đầu 2025/ First announcement 2025*)

Với tổng số 16 khuyến cáo hướng dẫn

I. Khái niệm chẩn đoán và các bước tiếp cận bệnh nhân ACLF
(với 2 khuyến cáo):

* **Câu hỏi lâm sàng 1:** Khái niệm chẩn đoán Suy gan cấp trên nền gan mạn (ACLF) theo Hiệp hội Gan mật Châu Á - Thái Bình dương (APASL)?

* **Khuyến cáo số 1:** Suy gan cấp trên nền gan mạn (Acute-on-chronic Liver Failure - ACLF) là tình trạng **tổn thương suy gan cấp** với các biểu hiện vàng da (bilirubin huyết thanh $\geq 85 \mu\text{mol/L}$), rối loạn đông máu ($\text{INR} \geq 1,5$ hoặc prothrombin $< 40\%$) và cổ trướng hoặc có hội chứng não gan (HE) xuất hiện trong vòng 4 tuần **trên bệnh nhân đã bị viêm gan mạn** (hay gặp như viêm gan B, viêm gan C, viêm gan nhiễm mỡ do chuyển hoá - MAFLD, viêm gan rượu và có thể gặp do tổn thương gan do thuốc, viêm gan tự miễn, bệnh Wilson ...) **hoặc bị xơ gan** (không có triệu chứng, còn bù hay mất bù). Bệnh khởi phát từ từ trong vài tuần và có thể dẫn đến suy đa tạng, gây tử vong cao.

* **Câu hỏi lâm sàng 2:** Các bước tiếp cận bệnh nhân Suy gan cấp trên nền gan mạn (ACLF)?

* **Khuyến cáo số 2:** Các bước tiếp cận bệnh nhân ACLF gồm:

- Chẩn đoán xác định suy gan cấp trên nền gan mạn
- Dinh dưỡng, hỗ trợ
- Xác định nguyên nhân và điều trị yếu tố thúc đẩy, bệnh gan nền
- Phòng ngừa và điều trị suy tạng, đánh giá tổn thương cơ quan, độ nặng, yếu tố tiên lượng và đáp ứng điều trị

- Hỗ trợ gan và điều trị bắc cầu
- Ghép gan
- Điều trị sau hồi phục ACLF

II. Nguyên nhân, yếu tố thúc đẩy, phân loại, mức độ nặng và các yếu tố tiên lượng trong ACLF (với 4 khuyến cáo)

** Câu hỏi lâm sàng 3: Một số nguyên nhân và yếu tố thúc đẩy gây ACLF?*

*** Khuyến cáo số 3:** Một số nguyên nhân và yếu tố thúc đẩy gây ACLF gồm:

- **Viêm gan:** Viêm gan B bùng phát tự nhiên, sau ngưng thuốc viêm gan, sau dùng thuốc hóa trị. Bội nhiễm thêm virus viêm gan A, D, E, C

- **Viêm gan do rượu:** Người bệnh còn tiếp tục uống rượu, tỷ lệ AST/ALT >1,5, vàng da, không có nguyên nhân khác

- **Thuốc độc gan:** các thuốc kháng lao, kháng ký sinh trùng...; Các thuốc thảo dược, đông y, thực phẩm chức năng; Thuốc gây tổn thương thần kinh: an thần, giảm đau; Các thuốc gây tổn thương thận ...

- **Viêm gan tự miễn:** Tiền sử viêm gan tự miễn, sử dụng thuốc không liên tục, khi hạ liều giảm thuốc, sau sinh đẻ ...

- **Một số nguyên nhân khác** như xuất huyết tiêu hoá (nôn ra máu, đi ngoài phân đen, mạch nhanh, huyết áp giảm, giảm huyết sắc tố, nội soi chẩn đoán ...)

** Câu hỏi lâm sàng 4: Phân loại ACLF theo Hiệp hội Gan mật Châu Á - Thái Bình dương (APASL)?*

*** Khuyến cáo số 4:** Phân loại ACLF của Hội Gan mật châu Á - Thái Bình Dương (APASL) dựa theo lâm sàng và tổn thương các tạng:

- **ACLF độ 1:** Suy gan mất bù và có tổn thương 1 - 2 tạng với tỷ lệ tử vong từ 20% đến 40% trong vòng 28 ngày.

- **ACLF độ 2:** Suy gan mất bù và có tổn thương 3 - 4 tạng với tỷ lệ tử vong từ 30% đến 60% trong vòng 28 ngày.

- **ACLF độ 3:** Suy gan mất bù và có tổn thương ≥ 5 tạng với tỷ lệ tử vong từ 50% đến 90% trong vòng 28 ngày.

* **Câu hỏi lâm sàng 5:** Các mức độ nặng của ACLF?

* **Khuyến cáo số 5:** Đánh giá mức độ nặng của ACLF dựa trên 5 thông số: Bilirubin, mức độ hôn mê gan, IRN, lactate và creatinine, với số điểm từ 1 đến 3. Mức độ suy gan cấp thể hiện ở các mức: Mức I (5-7 điểm), mức II (8-10 điểm), mức III (11-15 điểm).

Thang điểm đánh giá ACLF của APASL:

Điểm	Bilirubin (mg/dL)	Mức HE	INR	Lactat (mmol/L)	Creatinin (mg/dL)
1	<15	0	<1,8	<1,5	<0,7
2	15-25	1-2	1,8-2,5	1,5-2,5	0,7-1,5
3	>25	3-4	>2,5	>2,5	>1,5

* **Câu hỏi lâm sàng 6:** Các yếu tố tiên lượng ở ACLF?

* **Khuyến cáo số 6:** Tiên lượng ACLF nặng nếu có các yếu tố sau:

- Nhiễm khuẩn huyết và có ≥ 2 tạng suy, không kiểm soát được nhiễm khuẩn

- Ure máu tiền triển, Creatinine máu >4 mg/dL

- Suy hô hấp (ARDS) hoặc bệnh não gan cần thở máy >72 h

- Ít nhất 4 tạng suy bất cứ khi nào

- Đang xuất huyết tiêu hoá

- Rối loạn huyết động, cần >3 mg/h thuốc Noradrenaline

- Đang lọc máu (Hemodialysis)

- Tiểu đường

- Bệnh nhân trên 60 tuổi.

III. Điều trị chuyên biệt, xử trí các suy tạng, điều trị hỗ trợ gan và xử trí bắc cầu cho ghép gan (với 3 khuyến cáo)

* **Câu hỏi lâm sàng 7:** Các điều trị chuyên biệt theo nguyên nhân của ACLF?

* **Khuyến cáo số 7:** Điều trị chuyên biệt theo nguyên nhân của ACLF bao gồm:

- **Điều trị kiểm soát nhiễm khuẩn:** Nhiễm khuẩn là yếu tố thúc đẩy và biến chứng nghiêm trọng của ACLF, nếu kháng sinh không phù hợp sẽ làm tăng tỉ lệ tử vong lên 9,5 lần. Việc sử dụng kháng sinh sớm ngay sau khi có Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) hoặc khi nghi ngờ và nên sớm dùng kháng sinh mạnh; Chọc dịch ổ chướng đánh giá đáp ứng; Tầm soát vi khuẩn *Clostridium difficile* nếu đi ngoài phân lỏng; Nếu không đáp ứng thì xem xét vi khuẩn kháng thuốc hoặc nhiễm nấm (qua đánh giá lâm sàng, các xét nghiệm nuôi cấy và chỉ dấu sinh học).

- **Điều trị ACLF do viêm gan B:**

+ Điều trị với các thuốc cho viêm gan B, nhất là TAF/TDF/Entecavir

+ Kiểm tra lại sau 2 tuần khi giảm mức HBV DNA

+ Ghép gan được chỉ định khi có tình trạng nặng

- **Điều trị ACLF do rượu:** Các thuốc steroid không nên dùng khi bệnh nhân bị viêm gan nặng do rượu và ở mức độ 3 của ACLF cũng như với các trường hợp không kiểm soát được nhiễm khuẩn.

- **Điều trị ACLF do thuốc (Drug-induced liver injury - DILI):** Ở châu Á gặp khoảng 6,5% do thuốc trong số ACLF. Dùng dùng thuốc và cho thay thế huyết tương (plasmapheresis).

+ Có thể gặp do dùng các thảo dược, thực phẩm chức năng, thuốc kháng lao ...

+ Tỉ lệ tử vong cao (>60%). Các bệnh não gan, bàng bụng, tăng creatinine, INR, lactate là yếu tố tiên lượng tử vong.

+ Hầu hết không phát hiện được yếu tố thúc đẩy, do đó thường theo dõi, điều trị hỗ trợ, điều trị biến chứng và ghép gan.

- **Bệnh viêm gan tự miễn:** Dùng steroid

- **Bệnh Wilsons:** Có thể thay thế huyết tương.

*** Câu hỏi lâm sàng 8:** Xử trí các suy tạng trong ACLF?

*** Khuyến cáo số 8:** Việc phòng ngừa và xử trí kết hợp các suy tạng trong ACLF cần lưu ý: Điều trị hội chứng gan thận (điều trị xơ gan có cô chướng và điều trị hội chứng gan thận ...). Phòng ngừa và điều trị bệnh não gan. Hỗ trợ điều trị hô hấp, tuần hoàn và đông máu ...

*** Câu hỏi lâm sàng 9:** Các điều trị hỗ trợ gan cùng kết quả và xử trí bắc cầu cho ghép gan?

*** Khuyến cáo số 9:** Các điều trị hỗ trợ gan (liver support) và xử trí bắc cầu (bridge therapy) chờ ghép gan gồm: Chọc tháo dịch (nên chọc tháo lượng ít 3-4 lít và tháo chậm), thay huyết tương (PEX) hoặc thay huyết tương thể tích cao (High Volum Plasma Exchange - HVP) kết hợp với lọc máu liên tục (CVVH) có tỷ lệ sống 28 ngày khoảng 40% với ACLF cùng các thiết bị hỗ trợ gan ngoài cơ thể (ELAD), gan nhân tạo sinh học (BAL), các hệ thống hỗ trợ gan nhân tạo như hệ thống hấp phụ phân tử tái tuần hoàn (Molecular Adsorbent Recirculating System - MARS), hệ thống hấp phụ huyết tương phân tử kép (Double Plasma Molecular Adsorption System - DPMAS). Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong của ACLF còn khá cao ngay cả khi áp dụng MARS và DPMAS. Đặc biệt riêng với thể nặng (ACLF độ 3) thì tỷ lệ tử vong nhìn chung còn cao hơn nữa, nhất là khi không được ghép gan.

Nhìn chung, tối ưu hoá các chỉ định ghép gan trong ACLF giúp cải thiện nhiều các kết quả lâm sàng.

III. Ghép gan cho ACLF (với 5 khuyến cáo)

*** Câu hỏi lâm sàng 10:** Vai trò của ghép gan từ người hiến sống (LDLT) cho ACLF?

*** Khuyến cáo số 10:** Ghép gan từ người hiến sống cho ACLF là an toàn và có tỷ lệ sống sau ghép cao. Chăm sóc đa chuyên khoa trước, trong và sau ghép cùng quyết định ghép sớm là các yếu tố quan trọng cứu mạng các bệnh nhân ACLF.

*** Câu hỏi lâm sàng 11:** *Chọn lựa thời điểm thực hiện ghép gan do ACLF?*

*** Khuyến cáo số 11:** Ghép gan được chọn lựa khi ACLF ở mức độ nặng có diễn biến xấu (sau khi đã điều trị tối ưu) và không đáp ứng với điều trị nội khoa, có suy gan không hồi phục và dự kiến tiên lượng xấu (theo thang điểm MELD hoặc CLIF-ACLF). Trong suy gan cấp trên nền gan mạn thì ghép gan là phương pháp hiệu quả nhất và được khuyến cáo thực hiện với **thời điểm vàng từ 4 - 7 ngày** (tính từ khi khởi phát ACLF). Ghép gan cấp cứu đem lại lợi ích về thời gian sống cho bệnh nhân ACLF ở tất cả các độ nặng. Ghép gan cho các bệnh nhân ACLF độ 1 và ACLF độ 2 có kết quả tốt sau ghép với thời gian sống thêm 1 năm và 3 năm sau ghép đều trên 90%, tuy nhiên với ACLF độ 3 cần được chú ý nhiều vấn đề ở trước, trong và sau ghép gan.

*** Câu hỏi lâm sàng 12:** *Những chú ý trước ghép gan do suy gan cấp trên nền gan mạn ACLF độ 3?*

*** Khuyến cáo số 12:** Suy gan cấp trên nền gan mạn (ACLF) độ 3 là thể nặng nhất, thường đòi hỏi phải ghép gan như một can thiệp cứu mạng. ACLF độ 3 có đặc trưng với sự suy các tạng gan, thận, não, đông máu, tuần hoàn, hô hấp và có tỷ lệ tử vong rất cao, tới 80% khi chưa có ghép gan. Bệnh cần được hỗ trợ can thiệp hồi sức tốt và cần được đánh giá kỹ về khả năng ghép gan. Trong đó chú ý đánh giá tình trạng chung, tình trạng suy gan và các biến chứng đi kèm với điểm MELD, CLIF-C ACLF. Cần phối hợp giữa các thầy thuốc gan mật, phẫu thuật viên ghép gan, nhà hồi sức và các chuyên gia khác để có quyết định cho ghép gan. Bệnh nhân ACLF độ 3 cần được đánh giá liên tục và sẵn sàng cho thời điểm ghép gan khi có yêu cầu. Có thể điều trị bắc cầu như hệ thống hỗ trợ gan ngoài cơ thể để duy trì ổn định cho bệnh nhân trong khi chờ có gan hiến phù hợp. Ghép gan sớm (≤ 7 ngày từ khi đưa vào danh sách chờ ghép) nên luôn được cân nhắc ở bệnh nhân ACLF độ 3, liên quan với tỷ lệ sống thêm sau 1 năm tốt hơn so với ghép muộn.

Câu hỏi lâm sàng 13: Lưu ý phía người cho gan trong ghép gan do ACLF độ 3?

Khuyến cáo số 13: Lựa chọn kỹ người cho, nhất là tuổi, độ nhiễm mỡ và lưu ý thời gian thiếu máu lạnh để đảm bảo chức năng gan tối ưu. Ghép gan từ người hiến sống bất tương hợp ABO không nên bị loại trừ khỏi các lựa chọn cho ghép gan ở ACLF độ 3 khi mà không có sẵn các bệnh nhân tương hợp nhóm máu ABO.

*** Câu hỏi lâm sàng 14:** Những chú ý trong và sau ghép gan do suy gan cấp trên nền gan mạn ACLF độ 3?

*** Khuyến cáo số 14:** Về kỹ thuật mổ ghép gan cho bệnh nhân ACLF độ 3 cần lưu ý việc nối tắt tĩnh mạch hoặc kỹ thuật pyggyback có thể giúp giảm thiểu sự bất ổn định về huyết động. Sau ghép cần theo dõi sát các xét nghiệm chức năng gan, đông máu, lượng dịch mật tiết ra và dự phòng các biến chứng ngoại khoa, rối loạn đông máu, tăng áp lực tĩnh mạch cửa và cổ chướng. Điều trị ức chế miễn dịch và điều trị thay thế thận, hỗ trợ hô hấp và ổn định tim mạch. Dự phòng các nhiễm khuẩn mạnh và các nhiễm khuẩn cơ hội.

IV. Tóm tắt và Kết quả chung (với 2 khuyến cáo)

*** Câu hỏi lâm sàng 15:** Tóm tắt về Suy gan cấp trên nền mạn - ACLF?

*** Khuyến cáo số 15:**

- Suy gan cấp trên nền mạn (ACLF với vàng da, rối loạn đông máu, cổ chướng và hội chứng não gan) là biến chứng nặng hay gặp tại Việt Nam và có nguy cơ tử vong cao. Nguyên nhân tử vong thường gặp nhất là suy đa tạng, chảy máu, nhiễm khuẩn và phù não.

- Chẩn đoán và xử trí sớm, đúng là yếu tố quyết định điều trị thành công.

- Điều trị ACLF bao gồm điều trị tiêu chuẩn và chuyên biệt cùng các biện pháp hỗ trợ gan và nhất là ghép gan. Lưu ý các biện pháp chống phù não, kiểm soát huyết động, kiểm soát nhiễm khuẩn ...

- Các biện pháp lọc máu hỗ trợ gan được áp dụng tại Việt Nam bao gồm thay huyết tương (PEX), hấp phụ huyết tương phân tử kép

(DPMAS), hấp phụ phân tử tái tuần hoàn (MARS), hỗ trợ gan ngoài cơ thể (ELAD) ... có vai trò quan trọng hỗ trợ giúp gan bệnh nhân hồi phục và là biện pháp điều trị cầu nối chờ đợi ghép gan.

- Trong trường hợp gan không có khả năng hồi phục thì ghép gan là biện pháp điều trị triệt để duy nhất và mang lại kết quả rất tốt khi ở các trường hợp ACLF-1 và ACLF-2 với thời điểm vàng là ghép gan từ ngày thứ 4 - 7 của bệnh. Ghép gan là biện pháp cứu mạng cho bệnh nhân ACLF, kể cả khi đã có suy đa tạng. Ghép gan từ người hiến sống cho ACLF an toàn và có tỷ lệ sống sau ghép cao. Riêng với các trường hợp ACLF - 3 được chọn lọc và chuẩn bị tốt thì kết quả sau ghép gan cũng khá khích lệ và chấp nhận được.

** **Câu hỏi lâm sàng 16:** Kết quả chung sau ghép gan do suy gan cấp trên nền mạn?*

** **Khuyến cáo số 16:***

Đối với ghép gan nhất là cho ACLF độ 1 và độ 2 thì kết quả cứu sống sau ghép gan là rất tốt từ 95 - 100% và thời gian sống thêm trên 3 năm sau ghép gan là trên 90%. Thời gian sống thêm sau ghép gan từ người hiến sống ở ACLF độ 3 kém hơn so với ACLF độ 1 và 2, nhưng kết quả sau ghép này cũng chấp nhận được, nhất là với các trường hợp ACLF độ 3 được chọn lọc và chuẩn bị tốt thì kết quả sau ghép gan cũng khá khích lệ.

HỘI GAN MẬT
VIỆT NAM

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 5 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Chẩn đoán và điều trị Suy gan cấp trên nền gan mạn ở Việt Nam”
(Bản Phát hành lần đầu 2025)

CHỦ TỊCH HỘI GAN MẬT VIỆT NAM

Căn cứ Chức năng và quyền hạn của Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Khuyến cáo của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Chẩn đoán và điều trị Suy gan cấp trên nền gan mạn ở Việt Nam” (Bản Phát hành lần đầu 2025)

Điều 2. Khuyến cáo của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Chẩn đoán và điều trị Suy gan cấp trên nền gan mạn ở Việt Nam” (Bản Phát hành lần đầu 2025) là tài liệu hướng dẫn được áp dụng trong tất cả các cơ sở y tế.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành./.

CHỦ TỊCH
HỘI GAN MẬT VIỆT NAM



Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải

**KHUYẾN CÁO VỀ CHUYỂN ĐỔI SỐ VÀ TRÍ TUỆ NHÂN TẠO
TRONG BỆNH LÝ GAN MẬT TUY TẠI VIỆT NAM**

**Recommendations of Digital Transformatic and AI for HBP
Disease in Vietnam**

(Bản Phát hành lần đầu 2025/ First announcement 2025)

Với tổng số 17 khuyến cáo

I. CÁC KHUYẾN CÁO CHUNG (Với 4 khuyến cáo)

Câu hỏi lâm sàng 1: *Vai trò và ý nghĩa của chuyển đổi số và trí tuệ nhân tạo (AI) trong thực hành lâm sàng gan mật tụy ở Việt Nam?*

Khuyến cáo 1. Chuyển đổi số giúp lưu trữ dữ liệu y khoa toàn diện, hiệu quả, làm cơ sở phát triển các nghiên cứu và ứng dụng công cụ trí tuệ nhân tạo trong thực hành lâm sàng. Từ đó có thể giúp tối ưu hoá quá trình chẩn đoán, đánh giá mức độ bệnh, lập kế hoạch và theo dõi điều trị các bệnh lý gan mật tụy ở Việt Nam.

Câu hỏi lâm sàng 2: *Những thách thức chính trong chuyển đổi số và ứng dụng trí tuệ nhân tạo đối với bệnh lý gan mật tụy ở Việt Nam?*

Khuyến cáo 2. Những thách thức chính trong chuyển đổi số và ứng dụng trí tuệ nhân tạo đối với bệnh lý gan mật tụy ở Việt Nam bao gồm: đảm bảo tính minh bạch, đáp ứng các yêu cầu về hạ tầng và tích hợp, tương tác giữa trí tuệ nhân tạo với bác sĩ và vấn đề y đức.

Câu hỏi lâm sàng 3: *Cần có các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng và các tiêu chuẩn đánh giá gì về công nghệ AI ở Việt Nam?*

Khuyến cáo 3. Cần thực hiện các nghiên cứu, đặc biệt là các thử nghiệm lâm sàng có giá trị, các nghiên cứu chi phí - hiệu quả nhằm đưa ra các chính sách chi trả phù hợp. Để thực hiện được, cần xây dựng các tiêu chuẩn liên quan đến đánh giá hiệu quả trên lâm sàng, hiệu suất của công nghệ AI ở Việt Nam.

Câu hỏi lâm sàng 4: *Lợi ích chung của trí tuệ nhân tạo mang lại cho thầy thuốc, bệnh nhân và nhà quản lý bệnh viện?*

Khuyến cáo 4.

- **Với thầy thuốc:** Giảm thời gian truy cập và đọc dữ liệu; Tìm kiếm thông minh thông tin bệnh nhân; Tự động tóm tắt và cảnh báo các dấu hiệu bất thường; Áp dụng trí tuệ nhân tạo tạo sinh (GenAI) và mô hình ngôn ngữ lớn (LLMs) dựa trên dữ liệu lớn tập trung (DrAid Enterprise Data Solution - EDS) nhằm phục vụ khám chữa bệnh (như tóm tắt và tra cứu hồ sơ bệnh án, so sánh tự động các hình ảnh y tế, tự động báo cáo y tế, tạo báo cáo từ giọng nói, dịch báo cáo sang các ngôn ngữ khác ...).

- **Với bệnh nhân:** Chăm sóc sức khỏe chính xác; giảm sai số trong khám chữa bệnh, điều trị; Minh bạch thông tin và cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân.

- **Với nhà quản lý bệnh viện:** Tận dụng tài nguyên dữ liệu cho khám chữa bệnh, vận hành và nghiên cứu; Tăng hiệu suất công việc; Sao lưu dữ liệu trọn đời (Intelligent Data Lake); Dự đoán xu hướng phục vụ quản lý bệnh viện thông minh.

II. PHÁT HIỆN TỔN THƯƠNG GAN MẬT TUYỆT TRÊN CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH, NHẤT LÀ HỖ TRỢ CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN - HCC (VỚI 4 KHUYẾN CÁO)

Câu hỏi lâm sàng 5: Các lợi ích của trí tuệ nhân tạo trong chẩn đoán hình ảnh gan mật tụy?

Khuyến cáo 5. Trong lĩnh vực chẩn đoán hình ảnh gan mật tụy, ứng dụng trí tuệ nhân tạo có thể hỗ trợ nâng cao chất lượng hình ảnh y tế, giảm liều thuốc cản quang, phân vùng giải phẫu, phát hiện và phân loại một số loại tổn thương.

Câu hỏi lâm sàng 6: Vai trò của trí tuệ nhân tạo hỗ trợ trong chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan - HCC?

Khuyến cáo 6. Các dữ liệu trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã chứng minh trí tuệ nhân tạo có thể hỗ trợ trong phát hiện và chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Đặc biệt, trí tuệ nhân tạo giúp phát hiện sớm ung thư gan (nhất là về vị trí, kích thước và thể tích) với các kết quả rất khả quan để phục vụ cho điều trị được tốt

hơn (giúp lựa chọn phương pháp điều trị chính xác hơn và giảm tỷ lệ tử vong do ung thư gan).

Câu hỏi lâm sàng 7: *Cách thức trí tuệ nhân tạo hỗ trợ bác sỹ giảm tải công việc như thế nào trong chẩn đoán HCC?*

Khuyến cáo 7. Trí tuệ nhân tạo sẽ cung cấp các thông tin về khối u như vị trí, kích thước, thể tích, mật độ, độ tăng sinh vỏ u gan, thoát thuốc và LI-RADS ... để các bác sỹ nắm cơ bản. Trí tuệ nhân tạo cũng sẽ tự động cho ra các báo cáo đầy đủ giúp các bác sỹ giảm tải phần lớn công việc đọc kết quả hình ảnh và giúp tăng đáng kể độ chính xác HCC.

Câu hỏi lâm sàng 8: *Kết quả của trí tuệ nhân tạo hỗ trợ trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan như thế nào?*

Khuyến cáo 8. Qua nghiên cứu ở Việt Nam khi so sánh với các tiêu chuẩn vàng của lâm sàng và giải phẫu bệnh cho thấy trí tuệ nhân tạo có kết quả rất tốt (với độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 97% và độ chính xác 91%) trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan.

III. CÁC ỨNG DỤNG KHÁC CỦA CHUYÊN ĐỔI SỐ VÀ TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG BỆNH LÝ GAN MẬT TUY Ở VIỆT NAM (Với 6 khuyến cáo)

Câu hỏi lâm sàng 9: *Những khả năng ứng dụng trí tuệ nhân tạo trước, trong và sau phẫu thuật nội soi robot sỏi túi mật?*

Khuyến cáo 9. Ứng dụng trí tuệ nhân tạo giúp trước mổ như tìm hiểu sâu hơn về hình ảnh siêu âm sỏi túi mật và giải phẫu, hội chẩn, phân tích nguy cơ. Trong mổ với cắt túi mật bằng robot, giúp xác định giải phẫu, nhất là tam giác Calot, ống mật chủ, tá tràng và giúp đo lường cho phẫu thuật viên. Sau mổ tiên đoán các biến chứng như rò mật, tổn thương ruột, theo dõi và hỗ trợ chăm sóc sau mổ.

Câu hỏi lâm sàng 10: *Khả năng ứng dụng trí tuệ nhân tạo và trong robot phẫu thuật Gan mật tuy, nhất là trong xử lý các tổn thương?*

Khuyến cáo 10. Ứng dụng trí tuệ nhân tạo và robot trong phẫu thuật gan mật tụy là một hướng đi mới nhiều tiềm năng, đặc biệt trong xử trí các tổn thương có kích thước nhỏ.

Câu hỏi lâm sàng 11: Vai trò của trí tuệ nhân tạo trong chẩn đoán ung thư tụy?

Khuyến cáo 11. Đối với chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ và siêu âm nội soi mật tụy, ứng dụng trí tuệ nhân tạo có thể hữu ích trong chẩn đoán ung thư tụy.

Câu hỏi lâm sàng 12: Chuyển đổi số và trí tuệ nhân tạo có giúp gì cho việc chẩn đoán sớm can thiệp sớm, can thiệp tối thiểu không?

Khuyến cáo số 12. Chuyển đổi số và trí tuệ nhân tạo cho phép xác lập số liệu (hình ảnh, thông số) bình thường, bất thường mang tính cá thể cho phép chẩn đoán sớm để có thể can thiệp sớm, kể cả đối với bệnh lý gan mật tụy.

Câu hỏi lâm sàng 13: Các tiềm năng hỗ trợ chẩn đoán của ứng dụng trí tuệ nhân tạo trong bệnh lý gan chuyển hoá và các bệnh gan mạn tính ở Việt Nam?

Khuyến cáo 13. Nhìn chung, trí tuệ nhân tạo có tiềm năng hỗ trợ chẩn đoán một số bệnh lý gan chuyển hóa (như gan nhiễm mỡ, gan nhiễm sắt) và có thể hỗ trợ trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh lý gan mạn tính (như xơ hóa gan, xơ gan). Ứng dụng trí tuệ nhân tạo (AI) trong chụp MRI với phần mềm Liver Health định lượng GNM và quá tải sắt 3D tự động bước đầu cho thấy có thể áp dụng dễ dàng, thao tác nhanh, đo chính xác theo từng phần thùy và toàn bộ gan.

Câu hỏi lâm sàng 14: Giá trị tiên lượng và hỗ trợ chẩn đoán tổn thương của ứng dụng trí tuệ nhân tạo trong bệnh lý gan mật tụy ở Việt Nam?

Khuyến cáo 14. Trí tuệ nhân tạo - AI có thể giúp xây dựng các mô hình tiên lượng mức độ nặng, khả năng đáp ứng điều trị của một số bệnh lý gan mạn tính, tiên lượng đáp ứng điều trị và sống còn của

bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan và có thể hữu ích trong tiên lượng nguy cơ tử vong và lựa chọn phương án phẫu thuật tối ưu ở bệnh nhân ghép gan. AI có thể được ứng dụng trong đánh giá tiên lượng ở một số bệnh lý của tụy (như viêm tụy cấp và ung thư tụy). Nội soi đường mật và siêu âm nội soi kết hợp trí tuệ nhân tạo là hướng phát triển tiềm năng để hỗ trợ chẩn đoán các tổn thương hẹp và ung thư đường mật ...

IV. TƯ VẤN KHÁM CHỮA BỆNH, CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TỪ XA VÀ CÁC ỨNG DỤNG DI ĐỘNG (với 3 khuyến cáo)

Câu hỏi lâm sàng 15: Vai trò của tư vấn khám chữa bệnh từ xa?

Khuyến cáo 15. Tư vấn khám, chữa bệnh từ xa giúp nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho người bệnh, cải thiện kết quả điều trị, tối ưu quá trình theo dõi và chi phí trong quản lý các bệnh lý gan mật tụy, nhất là ở những khu vực có nguồn lực hạn chế và đặc biệt trong thời gian và sau Đại dịch COVID-19 tại các trung tâm lớn ở Việt Nam.

Câu hỏi lâm sàng 16: Vai trò của chăm sóc sức khỏe từ xa?

Khuyến cáo 16. Chăm sóc sức khỏe từ xa sẽ đóng góp vai trò quan trọng để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe: 1) Cá thể hóa chỉ số sức khỏe; 2) Phát hiện nguy cơ mắc bệnh thay vì chẩn đoán bệnh; 3) Có giải pháp kịp thời ngăn ngừa nguy cơ phát triển thành bệnh.

Câu hỏi lâm sàng 17: Vai trò của các ứng dụng di động trong hỗ trợ nhân viên y tế và quản lý bệnh nhân gan mật tụy?

Khuyến cáo 17. Phát triển các ứng dụng di động giúp cung cấp kiến thức và hỗ trợ bệnh nhân tự chăm sóc; kết nối với điều trị tốt hơn, hỗ trợ bác sĩ và nhân viên y tế trong quản lý bệnh nhân mắc các bệnh lý gan mật tụy.

HỘI GAN MẬT
VIỆT NAM

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 5 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành “Khuyến cáo của Hội Gan mật Việt Nam và
Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Chuyển đổi số
và Trí tuệ nhân tạo trong bệnh lý Gan mật tụy ở Việt Nam”
(Bản Phát hành lần đầu 2025)**

CHỦ TỊCH HỘI GAN MẬT VIỆT NAM

Căn cứ Chức năng và quyền hạn của Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Khuyến cáo của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Chuyển đổi số và Trí tuệ nhân tạo trong bệnh lý Gan mật tụy ở Việt Nam” (Bản Phát hành lần đầu 2025)

Điều 2. Khuyến cáo của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Chuyển đổi số và Trí tuệ nhân tạo trong bệnh lý Gan mật tụy ở Việt Nam” (Bản Phát hành lần đầu 2025) là tài liệu hướng dẫn được áp dụng trong tất cả các cơ sở y tế.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành./.

**CHỦ TỊCH
HỘI GAN MẬT VIỆT NAM**



Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải

KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ ỨNG DỤNG HUỖNH QUANG ICG TRONG PHẪU THUẬT GAN MẬT Ở VIỆT NAM
Guideline Recommendations about Application of Fluorescence IndoCyanine Green (ICG) in Hepato Biliary Surgery in Vietnam
(Bản Cập nhật 2025/ Update version 2025)
Với tổng số 16 khuyến cáo hướng dẫn

A. KHUYẾN CÁO CHUNG - Có 2 khuyến cáo

*** Câu hỏi lâm sàng 1:** Huỳnh quang IndoCyanine Green (ICG) có tính ứng dụng và lợi ích gì trong phẫu thuật gan mật?

*** Khuyến cáo số 1:** Huỳnh quang IndoCyanine Green (ICG) là một chất đặc biệt đối với hệ thống gan mật (được chuyển hóa ở gan và đào thải qua dịch mật). Hệ thống nội soi huỳnh quang giúp quan sát được phần nhu mô gan và ống mật ngấm ICG cùng khối u gan giúp nhận định ranh giới giữa các phân thùy gan và khối u gan để cắt gan theo giải phẫu bằng phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật robot, nhất là với ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Ống mật phát sáng do có ICG được quan sát rõ trong khi mổ giúp giảm biến chứng tổn thương đường mật, nhận định vị trí các ống mật chính xác trong ghép gan.

Trên thế giới, phẫu thuật gan mật dưới hướng dẫn của ICG đã nhanh chóng thành tiêu chuẩn. Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật và phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu do HCC là những phẫu thuật phổ biến hàng đầu cùng với ghép gan từ người cho sống ngày càng gia tăng có thể ứng dụng ICG.

Ứng dụng huỳnh quang ICG giúp đánh giá chính xác hơn chức năng gan, nhận định rõ hơn ranh giới nhu mô giữa các phân thùy gan và cấu trúc giải phẫu ống mật để có được phẫu thuật an toàn và hiệu quả. Ngoài ra, ứng dụng huỳnh quang ICG còn giúp cải thiện việc giảng dạy và đào tạo cũng như phối hợp các kíp trong phẫu thuật gan mật.

*** Câu hỏi lâm sàng 2:** Các mục đích chính sử dụng huỳnh quang ICG hiện nay trong phẫu thuật gan mật?

*** Khuyến cáo số 2:** Trong phẫu thuật gan mật, huỳnh quang ICG hiện nay được sử dụng vào 4 mục đích chính sau: (1) Chụp hình đường mật. (2) Định vị khối u gan. (3) Cắt gan theo đúng giải phẫu. (4) Ứng dụng trong phẫu thuật nội soi lấy mảnh gan ghép ở ghép gan từ người hiến sống.

B. CÁC KHUYẾN CÁO ỨNG DỤNG HUỖNH QUANG ICG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT - Có 5 khuyến cáo

*** Câu hỏi lâm sàng 3:** *Vai trò của huỳnh quang ICG trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật?*

*** Khuyến cáo số 3:** Trong PTNS cắt túi mật, tỷ lệ tổn thương đường mật từ 0,2 - 0,4% do những bất thường về giải phẫu, do tổn thương bệnh học và ngoại khoa gây nên những hậu quả nặng nề cần được phòng tránh và phát hiện, xử trí kịp thời. Huỳnh quang ICG đóng vai trò quan trọng, có hiệu quả cao để phòng ngừa các tai biến này.

*** Câu hỏi lâm sàng 4:** *Những ưu điểm và lợi ích của huỳnh quang ICG trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật?*

*** Khuyến cáo số 4:** Trong PTNS cắt túi mật, huỳnh quang ICG giúp phẫu thuật viên xác định giải phẫu đường mật ngoài gan, nhất là các bất thường giải phẫu và các ống mật phụ để giúp việc phẫu tích an toàn các cấu trúc quan trọng. Huỳnh quang ICG giúp phát hiện dễ dàng hơn (trên 90%) ống túi mật, ống mật chủ, ống gan chung, chỗ nối ống túi mật với ống mật chủ, chỗ nối ống túi mật với phế quản mật và động mạch túi mật. Như vậy, PTNS cắt túi mật với huỳnh quang ICG giúp nhìn thấy và xác định tốt các mốc giải phẫu quan trọng của đường mật ngoài gan, nắm được các bất thường về đường mật, từ đó, có thể giúp giảm tai biến tổn thương đường mật.

*** Câu hỏi lâm sàng 5:** *Các hạn chế của huỳnh quang ICG trong phẫu thuật mật?*

*** Khuyến cáo số 5:** Với các bệnh nhân béo phì ($BMI > 35$), trong viêm túi mật cấp, có các dày dính tổ chức (trên 1 cm) do viêm túi mật mạn, cuồng gan phù nề sẽ làm hạn chế ưu thế của ICG trong phẫu thuật mật. Ngoài ra, ICG không giúp loại trừ sỏi ống mật chính và sỏi ống túi mật cũng như hỗ trợ bóc tách tối ưu khi cắt ống túi mật.

*** Câu hỏi lâm sàng 6:** *Liều dùng ICG và thời gian tiêm trước phẫu thuật mật?*

*** Khuyến cáo số 6:**

- + Liều dùng ICG: 10mg hoặc 0,1 - 0,5mg/kg thể trọng.
- + Thời gian tiêm: trước phẫu thuật 6 - 12 giờ. Trong cấp cứu, tiêm ICG ít nhất trước mổ 30 – 60 phút.
- + Nên ứng dụng chụp huỳnh quang ICG thường quy trong mổ cắt túi mật nội soi.

*** Câu hỏi lâm sàng 7:** *Những lưu ý trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật với ứng dụng ICG?*

*** Khuyến cáo số 7:** ICG được tiêm tĩnh mạch ngoại vi, dùng dần máy phẫu thuật nội soi có tích hợp chế độ phát nguồn sáng cận hồng ngoại và thu được hình ảnh huỳnh quang ICG. Trong trường hợp khó quan sát khi phẫu tích tam giác Calot, có thể tiêm liều thứ hai với tổng liều 1- 2ml vào tĩnh mạch ngoại vi, tốc độ chậm, quan sát dưới chế độ NIR/ICG và nhận định động mạch túi mật sau tiêm thuốc 10-30 giây, có thể duy trì 5-10 giây. Lưu ý tổng liều ICG không được vượt quá 5mg/kg cân nặng/ngày.

C. CÁC KHUYẾN CÁO TRONG PHẪU THUẬT GAN - Có 8 khuyến cáo

*** Câu hỏi lâm sàng 8:** *Các ưu nhược điểm của huỳnh quang ICG trong phẫu thuật gan?*

*** Khuyến cáo số 8:**

- **Ưu điểm:** ICG giúp làm rõ ranh giới khối u gan trong mổ, hỗ trợ phân định phân thùy gan thông qua kỹ thuật nhuộm huỳnh quang

ương tính hoặc âm tính. Kỹ thuật này làm tăng khả năng phát hiện các tổn thương nhỏ hoặc nằm dưới bao gan mà hình ảnh học trước phẫu thuật không phát hiện được, đồng thời góp phần nâng cao tỷ lệ cắt trọn khối u (R0). ICG còn giúp giảm mất máu, rút ngắn thời gian mổ và hạn chế biến chứng sau mổ. Ngoài ra, thuốc có độ an toàn cao, chi phí hợp lý và không làm gián đoạn quy trình mổ.

- **Nhược điểm:** Mặc dù mang lại nhiều lợi ích, ICG chỉ thâm nhập mô ở độ sâu giới hạn (5–10 mm), làm giảm hiệu quả với các khối u nằm sâu trong nhu mô gan. Các tín hiệu dương tính giả có thể xảy ra ở gan xơ, nốt tăng sinh hoặc tổn thương tái tạo, làm nhiễu kết quả. Ở ung thư biểu mô tế bào gan (HCC), kiểu bắt màu của ICG thay đổi theo mức độ biệt hóa của khối u, có thể ảnh hưởng đến việc xác định bờ diện cắt. Hiện chưa có sự thống nhất về liều lượng và thời điểm tiêm ICG, dẫn đến sự khác biệt trong hiệu quả giữa các trung tâm. Ngoài ra, ở bệnh nhân xơ gan với chức năng gan giảm, khả năng hiển thị huỳnh quang có thể bị giảm đáng kể.

** Câu hỏi lâm sàng 9: Các phương pháp nhuộm huỳnh quang ICG trong phẫu thuật gan?*

* **Khuyến cáo số 9:** Tùy theo vị trí của u gan, phân đoạn gan cần cắt bỏ mà có thể lựa chọn 1 trong 2 cách nhuộm huỳnh quang ICG là trực tiếp và gián tiếp. Với phương pháp nhuộm trực tiếp cần có siêu âm trong mổ và đây cũng là một trong những kỹ thuật khó nhất trong nhuộm màu bằng huỳnh quang ICG.

- **Phương pháp nhuộm trực tiếp ICG** (positive staining) dưới hướng dẫn của siêu âm trong mổ - IOUS: Chọc kim và bơm ICG vào nhánh tĩnh mạch cửa hạ phân thủy gan, phân thủy gan chứa khối u cần cắt bỏ. Khi đó toàn bộ **vùng gan cần cắt bỏ sẽ hiện màu xanh lá** dưới ánh sáng cận hồng ngoại. Nhìn chung, hình ảnh huỳnh quang ICG cho thấy rõ hơn ranh giới các phân thủy gan trong mổ mở hoặc mổ nội soi cắt gan theo giải phẫu với phương pháp trực tiếp có hỗ trợ của siêu âm trong mổ.

- **Phương pháp nhuộm gián tiếp** (negative staining): Trong mổ sau khi kẹp clamp cuống Glisson của phần gan cần cắt bỏ rồi tiêm dung dịch ICG (với liều 2,5mg hoặc 0,05mg/kg thể trọng) vào tĩnh mạch ngoại vi. Sau vài phút, thuốc sẽ ngấm vào **phần gan để lại và sẽ hiện màu xanh lá** ở đó (trong mổ nội soi sẽ qua chế độ nhận diện huỳnh quang ICG của camera). Phương pháp nhuộm gián tiếp được đánh giá là kỹ thuật an toàn và dễ thực hiện hơn, nhất là với thực tiễn ở Việt Nam.

** Câu hỏi lâm sàng 10: Các đặc điểm hình ảnh và các giai đoạn khi ứng dụng huỳnh quang ICG trong phẫu thuật gan?*

Khuyến cáo số 10:

- **Pha Gan sớm:** Trong phẫu thuật, sau vài giây tiêm huỳnh quang ICG vào tĩnh mạch, hình ảnh huỳnh quang đồng nhất sẽ được thấy ở gan. Trong 30 giây đầu, ICG hiện lên ở hệ thống động mạch gan. Vài giây sau, hiện ở tĩnh mạch cửa, trong nhu mô gan. Khi đó sẽ nhận định được gan xơ và u gan. Sau vài phút, huỳnh quang tại gan ở mức tối đa và sẽ duy trì đỉnh trong vài giờ.

- **Pha Đường mật:** Sau tiêm khoảng 15-30 phút: huỳnh quang ICG bắt đầu thải vào đường mật.

- **Pha Gan muộn** huỳnh quang sẽ ở trong khối u gan hoặc xung quanh khối u gan. Khi gan bị xơ thì hình ảnh chiếu sáng huỳnh quang sẽ rất mạnh. Các kiểu hình đa dạng này cho thấy bản chất của các khối u, giúp xác định khối u gan trong lúc mổ cho phép nhìn thấy rõ các phân thủy gan và ứng dụng trong cắt gan theo giải phẫu.

Câu hỏi lâm sàng 11: Những lưu ý trong cắt gan giải phẫu do HCC với nhuộm huỳnh quang ICG theo phương pháp gián tiếp?

** Khuyến cáo số 11:* Trong phương pháp chụp ICG gián tiếp: **nhu mô gan phần không có màu xanh lá sẽ được cắt bỏ và phần gan để lại là có màu xanh lá của ICG.** Lưu ý đường ranh giới khá rõ ràng để xác định các mặt phẳng giữa các hạ phân thủy. Vùng gan mang khối u trở thành vùng không phát huỳnh quang trong quá trình

cắt nhu mô gan và việc kiểm soát tốt cường độ Glisson của vùng gan cắt bỏ là rất quan trọng để giúp việc cắt gan theo đúng giải phẫu và tăng tỷ lệ triệt căn hơn.

*** Câu hỏi lâm sàng 12:** *Kết hợp siêu âm trong mổ và phương pháp trực tiếp nhuộm huỳnh quang ICG trong phẫu thuật cắt gan?*

*** Khuyến cáo số 12:** Trong phương pháp trực tiếp cần sử dụng siêu âm trong mổ để nhuộm hình ảnh huỳnh quang ICG. Qua đó giúp phác hoạ ranh giới khi mổ mở cắt gan giải phẫu hoặc khi cắt gan với PTNS xâm lấn tối thiểu.

*** Câu hỏi lâm sàng 13:** *Lợi ích của ứng dụng đo độ thanh lọc ICG của tế bào gan (ICG R15) và đo thể tích gan dự kiến còn lại trong phẫu thuật cắt gan?*

*** Khuyến cáo số 13:** Kết hợp đo độ thanh thải ICG của tế bào gan (ICG R15) và đo thể tích gan dự kiến còn lại giúp tăng độ an toàn cho bệnh nhân phẫu thuật cắt gan. $ICG\text{-}R15 \geq 10\%$ là 1 trong 3 yếu tố độc lập liên quan với suy gan sau phẫu thuật cắt gan. Nguy cơ suy gan sau phẫu thuật cắt sẽ giảm đi khi độ thanh thải ICG của tế bào gan ($ICG\text{-}R15 \leq 10\%$) và thể tích gan dự kiến còn lại $\geq 30\%$ so với thể tích gan chuẩn.

*** Câu hỏi lâm sàng 14:** *Giá trị của ICG R15 trong đánh giá trước và sau phẫu thuật cắt gan?*

*** Khuyến cáo số 14:** ICG-R15 an toàn và dễ thực hiện trước phẫu thuật cắt gan giúp dự kiến mức độ cắt gan. ICG-R15 giúp đánh giá diễn tiến suy gan sau phẫu thuật cắt gan, góp phần đánh giá kết quả của điều trị suy gan.

*** Câu hỏi lâm sàng 15:** *Lợi ích của nhuộm huỳnh quang ICG theo phương pháp gián tiếp trong PTNS cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan (HCC)?*

* **Khuyến cáo số 15:** Phẫu thuật nội soi cắt gan theo giải phẫu sử dụng Huỳnh quang ICG với phương pháp nhuộm màu gián tiếp trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan cho kết quả khả quan và an toàn. Nó giúp đạt được diện cắt gan theo đúng giải phẫu, đem lại tiên lượng tốt hơn và nên được ứng dụng rộng rãi trong PTNS cắt gan theo giải phẫu.

D. KHUYẾN CÁO TRONG GHÉP GAN - Có 1 khuyến cáo

* **Câu hỏi lâm sàng 16:** *Ứng dụng huỳnh quang ICG trong ghép gan lấy từ người hiến sống?*

* **Khuyến cáo số 16:** Trong ghép gan lấy từ người hiến sống, huỳnh quang ICG ngoài việc giúp xác định mốc ranh giới đường cắt gan sau tiêm huỳnh quang ICG đường tĩnh mạch (cần chú ý tiêm đúng thời điểm) thì còn giúp xác định rõ hệ thống đường mật xung quanh mặt cắt vùng cuống gan và xác định điểm cắt phù hợp của các ống mật (lưu ý quan sát hình ảnh ống mật ngay sau khi cắt). Hình ảnh ICG còn giúp đánh giá việc rửa gan trong ghép gan.

HỘI GAN MẬT
VIỆT NAM

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 5 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Ứng dụng Huỳnh quang ICG trong phẫu thuật Gan mật tại Việt Nam” (Bản Cập nhật 2025)

CHỦ TỊCH HỘI GAN MẬT VIỆT NAM

Căn cứ Chức năng và quyền hạn của Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Ứng dụng Huỳnh quang ICG trong phẫu thuật Gan mật tại Việt Nam” (Bản Cập nhật 2025).

Điều 2. Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Ứng dụng Huỳnh quang ICG trong phẫu thuật Gan mật tại Việt Nam” (Bản Cập nhật 2025) là tài liệu hướng dẫn được áp dụng trong tất cả các cơ sở y tế.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành./.

CHỦ TỊCH
HỘI GAN MẬT VIỆT NAM



Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải

KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ GHÉP GAN Ở VIỆT NAM
Guideline Recommendations of Liver Transplantation in Vietnam
(Bản Cập nhật 2025/ Updated Version 2025)
Với tổng số 48 khuyến cáo hướng dẫn

A. Về chỉ định, chọn lựa bệnh nhân và người cho gan sống, thời điểm ghép gan - Có 9 khuyến cáo

** Câu hỏi lâm sàng 1: Chỉ định của ghép gan?*

*** Khuyến cáo số 1:** Ghép gan được chỉ định nhiều cho các bệnh nhân bị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG), các trường hợp xơ gan mất bù (với điểm MELD ≥ 15) do hủy hoại tế bào gan (do rượu, do viêm gan B, viêm gan C, viêm gan tự miễn ...) và các BN suy gan cấp kịch phát, nhất là suy gan cấp trên nền viêm gan mạn (ACLF). Ngoài ra, chỉ định ghép gan cho các trường hợp xơ gan tắc mật (do xơ gan mật tiên phát, viêm chít hẹp đường mật) và các bệnh gan mật khác như teo đường mật, bệnh Wilson, Thiếu hụt Citrin ở trẻ em (NICCD), Hội chứng Budd - Chiari, bệnh Caroli, ung thư đường mật vùng rốn gan (sau khi đã điều trị tân bổ trợ) ...

** Câu hỏi lâm sàng 2: Vị trí của chỉ định ghép gan trong UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 2:** Ghép gan là biện pháp điều trị tốt nhất cho UTBMTBG và là chỉ định phổ biến nhất. Ghép gan giúp làm tăng thời gian sống thêm (>80% sau 5 năm) và giảm tái phát so với cắt gan ở bệnh nhân UTBMTBG. Nhìn chung, khi ở mức Child A thì kết quả của phương pháp ghép gan là so sánh ngang bằng hoặc tốt hơn so với mổ cắt gan. Với các bệnh nhân UTBMTBG và có xơ gan thì ghép gan là sự lựa chọn đúng đắn vì chỉ duy nhất có phương pháp ghép gan là có khả năng chữa khỏi đồng thời cả hai bệnh UTBMTBG và xơ gan.

** Câu hỏi lâm sàng 3: Chọn lựa bệnh nhân UTBMTBG và ung thư đường mật vùng rốn gan trong ghép gan?*

*** Khuyến cáo số 3:**

- **Với UTBMTBG:** Tham khảo các tiêu chuẩn Milan (một khối u gan $\leq 5\text{cm}$ hoặc ≤ 3 khối u, trong đó khối u lớn nhất $\leq 3\text{cm}$) hay tiêu chuẩn Up-to-7 (số lượng u và kích thước u lớn nhất ≤ 7) hoặc tiêu chuẩn Kyoto (với ≤ 10 khối u, khối u $\leq 5\text{cm}$) và xét nghiệm DCP ≤ 400 mAU/ml cùng tiêu chuẩn của Nhật Bản với quy tắc 5-5-500 (với kích thước u $\leq 5\text{cm}$, số lượng u ≤ 5 , AFP ≤ 500 ng/ml).

Tiêu chuẩn đề xuất: UTBMTBG khu trú tại gan, chưa có di căn ngoài gan (phức mạc, phổi xương ...), không có huyết khối ở thân chung tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch gan, tĩnh mạch chủ. Chỉ định các bệnh nhân (BN) nhóm trong tiêu chuẩn Milan (đã nêu trên) và nhóm ngoài tiêu chuẩn Milan sẽ chỉ định ghép khi không có di căn ngoài gan và không giới hạn về số lượng và kích thước của các khối u. Ngoài ra lưu ý các bệnh nhân không thể phẫu thuật cắt gan triệt căn (chức năng gan Child B, C hoặc u lan toả 2 thùy); AFP < 500 ng/ml hoặc DCP ≤ 500 mAU/ml trước ghép, đáp ứng một phần với điều trị tại chỗ (xét nghiệm AFP không tăng hoặc giảm khi điều trị). Chụp PET âm tính. Thời gian sống thêm 5 năm tối thiểu $> 50\%$.

Nhìn chung: Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân dựa trên sự chọn lọc các dấu ấn sinh học sẽ giúp giảm thấp nguy cơ tái phát sau ghép.

- **Với ung thư đường mật vùng rốn gan:** Áp dụng tiêu chuẩn Mayo Clinic: có hẹp ác tính trên phim đường mật, có kết quả giải phẫu bệnh khẳng định, khối u < 3 cm, chưa có di căn, xét nghiệm CA 19-9 > 100 UI/ml, có khối u trên chẩn đoán hình ảnh, không thể phẫu thuật cắt bỏ, thể trạng bệnh nhân cho phép ghép gan (ECOG < 3), tuổi dưới 70 và đã được hoá trị tân bổ trợ.

*** Câu hỏi lâm sàng 4:** Chọn lựa bệnh nhân suy gan cấp, suy gan cấp trên nền mạn (ACLF) và xơ gan trong ghép gan?

*** Khuyến cáo số 4:**

- **Suy gan cấp nguy kịch:** có hội chứng não gan độ II-IV, điểm MELD 20-40 điểm, INR $> 1,5$.

- **Trong suy gan cấp trên nền viêm gan mạn (ACLF):** có vàng da, rối loạn đường máu 4 tuần, cổ trướng, bệnh não gan. Ghép gan cho các bệnh nhân ACLF độ 1 và độ 2 đạt kết quả sau ghép thường rất tốt, tuy nhiên với ACLF độ 3 cần lưu ý và cân nhắc (xem khuyến cáo số 8).

- **Xơ gan mất bù:** Với điểm MELD ≥ 15 , hoặc xơ gan có điểm MELD < 15 điểm nhưng có biến chứng như cổ trướng kháng trị, hội chứng gan thận, viêm phúc mạc tiên phát, hội chứng não gan, xuất huyết tiêu hoá do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, đã đặt TIPS. Ở nhóm xơ gan do huỷ hoại tế bào gan: Điểm Child - Pugh (Bilirubin, Albumin, IRN, cổ chướng, hội chứng não gan). Child Pugh B (7-9 điểm): cần hội chẩn ghép, Child Pugh C (10-15 điểm): ghép gan.

+ Nhóm xơ gan tắc mật: có Bilirubin > 8 mg/dL, Child > 7 điểm, ngứa nhiều, viêm đường mật tái diễn, hôn mê gan ...

*** Câu hỏi lâm sàng 5:** Lựa chọn người hiến gan sống và các lưu ý cùng quy trình tuyển chọn người hiến gan?

*** Khuyến cáo số 5:**

- Độ tuổi lý tưởng với người hiến gan sống là từ 18-35 tuổi
- Hầu hết người hiến gan sống là cùng nhóm máu ABO và Rhesus với người nhận gan
- Ưu tiên có HLA tương hợp; Mức độ thoái hoá mỡ của mảnh ghép $\leq 30\%$
- Tiêu chuẩn về thể tích gan người hiến gan sống được lựa chọn:

$$\frac{\text{Thể tích gan người hiến (ml)}}{\text{Cân nặng người nhận (kg)} \times 10} \geq 0,8$$

Trong lựa chọn cần đảm bảo an toàn cho cả người hiến và người nhận gan. Trong liên quan đến an toàn của người hiến gan cần lưu ý: không lấy gan khi phần gan để lại ở người hiến gan còn ít, chất lượng nhu mô gan kém, tuổi người hiến cao, có bệnh gan nhiễm mỡ, xơ gan hoặc viêm gan mạn; Người hiến có bệnh chuyển hoá như béo

phì, bệnh tim mạch, cao huyết áp, bệnh ác tính, có các vấn đề về thần kinh, tâm thần hoặc vấn đề về kinh tế xã hội hoặc chủng tộc.

Các bước chính trong quy trình tuyển chọn người hiến gan gồm:

- Đăng ký tuyển chọn cho gan tuổi từ 15-65 tuổi;
- **Đánh giá sơ bộ:** Xét nghiệm chức năng gan, sinh hoá và huyết học, xét nghiệm huyết thanh, X quang lồng ngực, ECG, chụp cắt lớp gan. Ở bước này sẽ loại trừ về thể tích gan không đủ và các bệnh lý kèm theo.
- **Đánh giá bước hai:** Chụp MRI gan (gồm cả quang phổ gan - spectroscopy và đàn hồi - elastography), xét nghiệm HLA, độ chéo (crossmatching), chụp DSA, xét nghiệm đông máu, loại trừ nhiễm khuẩn và ác tính, siêu âm tim, đo chức năng hô hấp cùng các đánh giá về tinh thần và pháp lý. Hội chẩn đa chuyên khoa về người hiến gan.

**** Câu hỏi lâm sàng 6: Tiêu chuẩn chọn người hiến gan sống lý tưởng và lưu ý các tiêu chuẩn loại trừ khi chọn người cho gan?***

*** Khuyến cáo số 6:** Người hiến gan sống lý tưởng nhất sẽ có tuổi đời ≤ 35 , phù hợp nhóm máu ABO, GRWR $\geq 0,8$, hiến gan phải và tỷ lệ nhiễm mỡ gan $< 5\%$. Nhìn chung người hiến gan tốt là thể tích mảnh ghép gan với RLV $\geq 35\%$, GRWR $> 0,8$, không có nhiễm mỡ gan và xơ gan, giải phẫu gan bình thường, khoẻ mạnh về mặt y tế và tinh thần, các xét nghiệm DSA (-), Crossmatching âm tính, Non-homozygote.

Các tiêu chuẩn loại trừ cần lưu ý như: RLV $< 30\%$ kèm gan nhiễm mỡ và tuổi già; GRWR $< 0,6$, tình trạng gan nhiễm mỡ trên 15-30%, xơ gan $\geq F2$, có rối loạn chuyển hoá không kiểm soát hoặc có vấn đề tim mạch, có nguy cơ bệnh truyền nhiễm, bệnh ác tính hoặc bệnh lây truyền cho người nhận gan, có vấn đề tâm thần cấp tính, sử dụng ma túy và có thể xem xét những người cho có HLA-homozygote.

**** Câu hỏi lâm sàng 7: Lưu ý lựa chọn người hiến gan sống trong ghép gan cho bệnh nhân UTBMTBG?***

*** Khuyến cáo số 7:** Trong ghép gan với UTBMTBG vì sự thiếu

hạt mảnh ghép sẽ làm tăng nguy cơ tái phát UTBMTBG nên ở giai đoạn đánh giá người hiến gan nếu được nên chọn người hiến gan với mảnh ghép tương đối lớn sẽ giúp tăng cải thiện thời gian sống thêm sau ghép gan ở bệnh nhân UTBMTBG.

*** Câu hỏi lâm sàng 8:** Thời điểm thực hiện ghép gan với UTBMTBG và suy gan cấp trên nền viêm gan mạn (ACLF)?

*** Khuyến cáo số 8:**

- **Với UTBMTBG:** Nên tiến hành ghép sớm khi nằm trong tiêu chuẩn (nêu trong Khuyến cáo số 3). Với các trường hợp ở ngoài tiêu chuẩn: trước khi ghép gan, BN thường được điều trị bằng các biện pháp như TACE, RFA, MWA, PEI, SIRT, SRBT, cắt gan ... để hạ giai đoạn bệnh hoặc bệnh không tiến triển. Nhìn chung, bệnh nhân UTBMTBG nên được điều trị tại chỗ - vùng (loco-regional treatment) trong khi chờ ghép, thời gian chờ ghép nên trong khoảng 6-9 tháng. Nếu có điều kiện nên ghép sau 3 tháng với ghép gan từ người hiến sống (LDLT) và ghép gan sớm nhất có thể với ghép gan từ người cho chết não (DDLT).

- **Với suy gan cấp trên nền viêm gan mạn (ACLF):** Ghép gan là phương pháp hiệu quả nhất với thời điểm vàng từ 4-7 ngày. Ghép gan cho các bệnh nhân ACLF 1 và ACLF 2 có kết quả tốt sau ghép với thời gian sống thêm 1 năm và 3 năm sau ghép đều trên 90%.

*** Câu hỏi lâm sàng 9:** Những chú ý khi ghép gan do suy gan cấp trên nền mạn độ 3 và kết quả chung?

*** Khuyến cáo số 9:**

Suy gan cấp trên nền mạn (ACLF) độ 3 là thể nặng nhất, thường đòi hỏi phải ghép gan như một can thiệp cứu mạng. ACLF độ 3 có đặc trưng với sự suy các tạng gan, thận, não, đông máu, tuần hoàn, hô hấp và có tỷ lệ tử vong rất cao, tới 80% khi chưa có ghép gan. Bệnh cần được hỗ trợ can thiệp hồi sức tốt và cần được đánh giá kỹ về khả năng ghép gan. Trong đó chú ý đánh giá tình trạng chung, tình trạng suy gan và các biến chứng đi kèm với điểm MELD, CLIF-C ACLF.

Cần phối hợp giữa các thầy thuốc gan mật, phẫu thuật viên ghép gan, nhà hồi sức và các chuyên gia khác để có quyết định cho ghép gan. Bệnh nhân ACLF độ 3 cần được đánh giá liên tục và sẵn sàng cho thời điểm ghép gan khi có yêu cầu. Có thể điều trị bắc cầu như hệ thống hỗ trợ gan ngoài cơ thể để duy trì ổn định cho bệnh nhân trong khi chờ có gan hiến phù hợp. Lựa chọn kỹ người cho, nhất là tuổi, độ nhiễm mỡ và thời gian thiếu máu lạnh để đảm bảo chức năng gan tối ưu. Về kỹ thuật lưu ý việc nối tắt tĩnh mạch hoặc kỹ thuật pyggyback có thể giúp giảm thiểu sự bất ổn định về huyết động. Sau ghép theo dõi sát các xét nghiệm chức năng gan, đông máu, lượng dịch mật tiết ra và dự phòng các biến chứng ngoại khoa, rối loạn đông máu, tăng áp lực tĩnh mạch cửa và cổ chướng. Điều trị ức chế miễn dịch và điều trị thay thế thận, hỗ trợ hô hấp và ổn định tim mạch. Dự phòng các nhiễm khuẩn mạnh và các nhiễm khuẩn cơ hội.

Thời gian sống thêm nói chung sau ghép gan từ người hiến sống cho bệnh nhân suy gan cấp trên nền mạn (ACLF) độ 3 là thấp hơn so với ACLF độ 1 và độ 2, nhưng kết quả sau ghép gan từ người hiến sống là chấp nhận được với ACLF độ 3. Ghép gan bất đồng nhóm máu từ người hiến sống nên được xem xét với các bệnh nhân ACLF độ 3 khi không có người hiến sống phù hợp nhóm máu.

B. Về điều trị bệnh nhân ghép gan có viêm gan B, điều trị nuôi dưỡng và điều trị thuốc ức chế miễn dịch - Có 7 khuyến cáo

** Câu hỏi lâm sàng 10: Các lưu ý điều trị trong ghép gan ở bệnh nhân có viêm gan B?*

*** Khuyến cáo số 10:** Tỷ lệ bệnh nhân ghép gan có viêm gan vi rút ở Việt Nam khoảng 73-86%. Cần điều trị kháng vi rút cho bệnh nhân khi chờ ghép gan. Kiểm soát và phòng tái phát viêm gan B sau ghép gan bằng kháng vi rút và HBIG giúp tăng cường miễn dịch thụ động cho bệnh nhân. Điều trị thải ghép cấp sau ghép gan có viêm gan B cần lưu ý dùng thuốc Methylprednisolon với liều thấp hơn so với bệnh nhân không có viêm gan B. Với trẻ em được ghép gan cần tiêm vắc xin để không bị viêm gan vi rút B sau ghép.

*** Câu hỏi lâm sàng 11:** *Các thuốc điều trị viêm gan B sau ghép gan?*

*** Khuyến cáo số 11:** Ưu tiên sử dụng kháng vi rút với các thuốc Entecavir hoặc Tenofovir để điều trị suốt đời sau ghép gan.

Sử dụng HBIG (hepatitis B immune globulin): Dùng HBIG trong mô khi ở giai đoạn tái tưới máu gan với liều 10000 IU nếu HBV DNA (-) và dùng liều 20000 IU nếu HBV DNA (+). Dùng 2000 IU/ 1 ngày trong 7 ngày đầu, 2000 IU/ 1 tuần trong tháng đầu và dùng 2000 IU/ 1 tháng trong năm đầu để duy trì nồng độ Anti HBs (0-2 tuần: >500 IU/L, 2-12 tuần: >250 IU/L, >12 tuần: >100 IU/L).

Nhìn chung, Entecavir hoặc Tenofovir là các thuốc trị liệu kháng virus có hiệu quả cao. Việc không dùng HBIG có thể áp dụng ở các bệnh nhân có HBV DNA thấp hoặc không phát hiện được trong thời gian ghép gan. Việc phối hợp dùng ngắn hạn HBIG (khoảng 1 năm) nên áp dụng cho những bệnh nhân có nguy cơ cao.

*** Câu hỏi lâm sàng 12:** *Vai trò của Albumin trong điều trị ghép gan?*

*** Khuyến cáo số 12:** Albumin đóng vai trò quan trọng ở cả giai đoạn trước và sau ghép gan. Việc kết hợp Albumin và các biện pháp điều trị đặc hiệu cho các biến chứng của xơ gan giúp nâng cao kết quả điều trị. Việc kiểm soát nồng độ của Albumin >30 g/L giúp giảm các rối loạn huyết động và ngăn ngừa một số biến chứng sau ghép ở bệnh nhân nhận gan.

*** Câu hỏi lâm sàng 13:** *Vai trò thuốc ức chế miễn dịch trong ghép gan?*

*** Khuyến cáo số 13:** Gan là cơ quan đặc ân về miễn dịch nên hầu như không có thải ghép tối cấp sau ghép gan, kể cả không phù hợp về HLA. Thuốc ức chế miễn dịch giúp giảm tỉ lệ thải ghép cấp, tăng thời gian sống của mảnh ghép và kéo dài tuổi thọ của bệnh nhân. Phác đồ chuẩn hiện nay: Dẫn nhập + CNIs + MMF/mTOR

Sau ghép gan thường sử dụng 3 thuốc: Tacrolimus + MMF (Cellcept) + Steroid. Trong đó Tacrolimus đóng vai trò quan trọng và có nhiều ưu điểm. Điều trị thải ghép cấp: thường phối hợp Corticosteroid + Anti-thymocyte Globulin và Rituximab, IVIG.

Trong đó từ ngày 1 - 3 dùng Methylprednisolon với liều 1000mg/ngày, tĩnh mạch, các ngày sau giảm dần liều (500 - 200 - 160 - 120 - 80 - 40 - 20mg/ngày).

*** Câu hỏi lâm sàng 14:** Các lưu ý cải thiện kết quả và các yếu tố nguy cơ gây tái phát UTBNTBG sau ghép gan và dự phòng tái phát liên quan đến thuốc ức chế miễn dịch?

*** Khuyến cáo số 14:** Sau ghép gan cố gắng kiểm soát bằng điều trị tại chỗ khi phát hiện tái phát để cải thiện kết quả và lựa chọn tối ưu thuốc ức chế miễn dịch sẽ giúp cải thiện kết quả.

Các yếu tố nguy cơ gây tái phát UTBMTBG sau ghép gan là: Người nhận gan lớn tuổi, biến động cao về thuốc Tacrolimus (Intra-Patient Variability - IPV, nhất là nồng độ Tacrolimus cao trên 10ng/mL trong máu), chỉ số xét nghiệm AFP cao, khối u đã xâm lấn mạch máu, có nhiều khối u và kích thước khối u lớn. Cần lưu ý tránh biến động cao về thuốc Tacrolimus ở bệnh nhân để dự phòng tái phát UTBMTBG sau ghép gan.

*** Câu hỏi lâm sàng 15:** Điều trị toàn thân và miễn dịch trị liệu sau ghép gan do UTBMTBG?

*** Khuyến cáo số 15:** Điều trị toàn thân và miễn dịch trị liệu sau ghép gan do UTBMTBG:

- Dùng các thuốc ức chế men Tyrosine như: Sorafenib, Lenvatinib, Regorafenib ...

- Có 4 loại điều trị miễn dịch cho UTBMTBG:

- + Trị liệu kháng thể mà đại diện là các thuốc ức chế chốt miễn dịch.

- + Trị liệu điều chỉnh tế bào như tế bào CIK, TIL, hoặc tế bào CAR-T.

- + Vaccine trị liệu

- + Điều trị bằng cytokine để tăng đề kháng miễn dịch ung thư.

*** Câu hỏi lâm sàng 16:** Giá trị của can thiệp dinh dưỡng sớm sau ghép gan?

*** Khuyến cáo số 16:** Người bệnh sau ghép gan có nguy cơ suy dinh dưỡng rất cao. Chấn ăn, giảm cân không mong muốn và teo cơ 1 tháng sau phẫu thuật là yếu tố làm tăng đường huyết. Can thiệp dinh dưỡng sớm nên được thực hiện để cải thiện các yếu tố nguy cơ này có thể có làm giảm nguy cơ rối loạn đường huyết và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh sau ghép gan.

C. Gây mê, kỹ thuật mổ, hồi sức điều trị sau ghép và các biến chứng lưu ý sau ghép gan - Có 13 khuyến cáo

*** Câu hỏi lâm sàng 17:** *Gây mê trong ghép gan?*

*** Khuyến cáo số 17:** Để gây mê an toàn trong ghép gan đòi hỏi cần đánh giá, dự phòng các tình huống, lên kế hoạch, chuẩn bị, dự trữ máu và các sản phẩm từ máu và có các kíp làm việc đồng bộ. Chuẩn bị các đường truyền tĩnh mạch trung tâm (để đo huyết áp tĩnh mạch trung ương và truyền dịch), đặt ít nhất một đường tĩnh mạch ngoại vi và một đường động mạch quay (thường ở động mạch quay trái) để đo huyết áp động mạch liên tục. Chú ý làm ấm dịch truyền và khí mê. Phối hợp tốt trong giai đoạn không gan và giai đoạn tái tưới máu.

*** Câu hỏi lâm sàng 18:** *Phẫu thuật lấy gan ở người hiến sống và rửa, bảo quản gan?*

*** Khuyến cáo số 18:** Đối với ghép gan người lớn lấy từ người hiến sống thì phẫu thuật lấy gan chủ yếu là cắt lấy gan phải. Có chụp đường mật trong mổ, phẫu tích cuống gan, tĩnh mạch gan và cắt nhu mô gan (thường bằng dao CUSA và lưỡng cực).

Rửa gan (qua đường tĩnh mạch cửa, chảy dưới áp lực cao 1,5m rửa động mạch gan và rửa đường mật), lượng truyền rửa là 2000ml Custodiol lạnh. Bảo quản bằng dung dịch Custodiol hoặc dung dịch Ringer Lactate lạnh 4°C. Có thể tạo hình làm cầu nối hoặc chỉnh sửa mạch máu và đường mật tại bàn rửa gan.

*** Câu hỏi lâm sàng 19:** *Những chi tiết cần lưu ý trong phẫu thuật lấy gan bên phải ở người hiến sống?*

*** Khuyến cáo số 19:** Trong *phẫu thuật lấy gan bên phải* cần lưu ý các chi tiết: Mở bụng theo đường chữ J bên phải để lại một nửa dây chằng tròn về phía gan (để treo gan trái còn lại giúp tránh xoắn vặn tĩnh mạch gan trái). Sinh thiết gan phải (thường là HPT 5-6) và đánh giá mức độ nhiễm mỡ gan. Di động gan và có thắt các nhánh tĩnh mạch gan đổ về tĩnh mạch chủ và treo gan phải với dây nâng (hoặc sonde 12 Fr) qua tĩnh mạch gan. Cắt túi mật, luồn dẫn lưu ống túi mật và chụp đường mật. Phẫu tích cuống gan. Cắt nhu mô gan (trước đó cặp các tĩnh mạch cửa và động mạch gan bên lấy gan và xác định gianh giới thiếu máu, đánh dấu đường cắt) có kiểm soát các nhánh mạch máu, đường mật trong nhu mô gan bằng clip, hemolock, khâu buộc (và có thể lấy hoặc để lại tĩnh mạch gan giữa tùy theo thể tích gan trái còn lại). Cắt HPT 1 (ngay phía trên tĩnh mạch chủ dưới). Trong khi cắt nhu mô kẹp toàn bộ cuống gan 15-20 phút/lần. Chụp hình đường mật với máy C-Arm và xác định vị trí cắt ống gan phải. Cắt các ống gan phải, động mạch gan phải, tĩnh mạch cửa phải, tĩnh mạch gan giữa/ nhánh HPT5, 8, tĩnh mạch gan phải phụ (nếu có), kẹp clamp bán phần tĩnh mạch chủ dưới và cắt tĩnh mạch gan phải.

*** Câu hỏi lâm sàng 20:** *Những lưu ý khi phẫu thuật cắt bỏ gan bệnh lý ở người nhận?*

*** Khuyến cáo số 20:** Trong phẫu thuật cắt bỏ gan bệnh lý ở người nhận cần lưu ý phẫu tích rốn gan toàn bộ an toàn giúp tránh tổn thương động mạch gan phải và bảo đảm nguồn mạch nuôi dưỡng đường mật. Cần lưu ý kẹp cắt đường mật và động mạch gan phải sát rốn gan. Phẫu tích bộc lộ kẹp cắt các tĩnh mạch gan giữa và tĩnh mạch gan trái. Bộc lộ tĩnh mạch gan phải và đặt garo chờ.

*** Câu hỏi lâm sàng 21:** *Những lưu ý khi phẫu thuật cắt bỏ gan bệnh lý ở bệnh nhân UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 21:** Khi mổ cắt bỏ gan ở bệnh nhân UTBMTBG: Việc gia tăng các vùng bị xoắn vặn gây thiếu máu trong mổ sẽ làm tăng nguy cơ của UTBMTBG. Vì vậy cố gắng giảm sự xoắn vặn nhiều nhất, đặc biệt ở các trường hợp UTBMTBG giai đoạn tiền

triển. Trong đó, cố gắng tránh nhiều nhất có thể làm xoắn vặn vùng tĩnh mạch gan giữa bởi vì dễ bị mảnh ghép thiếu hụt và viêm do nghẽn mạch rồi sẽ dễ tái phát khối u gan. Nên áp dụng kỹ thuật không đụng chạm khi cắt bỏ gan ở người nhận để giảm phát tán các tế bào ung thư vào tuần hoàn máu chung. Ngoài ra cần lưu ý: Trong cắt bỏ gan ở người nhận cần giảm nguy cơ phát tán tế bào ung thư, nhất là lúc bắt đầu di động gan sau kẹp các nguồn máu vào và ra khỏi gan

*** Câu hỏi lâm sàng 22:** *Phẫu thuật ghép gan ở người nhận trong ghép gan lấy từ người hiến sống?*

*** Khuyến cáo số 22:** Trong ghép gan lấy từ người hiến sống cần đánh giá toàn diện trước ghép, trong đó lưu ý đánh giá huyết khối tĩnh mạch cửa. Việc tạo hình miệng nối tĩnh mạch gan dùng mảnh ghép gan phải là kỹ thuật đơn giản, trong đó chú ý tạo hình tốt tĩnh mạch gan giữa giúp tránh hẹp miệng nối tĩnh mạch gan và tránh ứ máu mảnh ghép. Trong khâu nối động mạch gan nên dùng kính lúp phẫu thuật hoặc vi phẫu (ở trẻ em). Tạo hình và khâu nối tốt động mạch gan giúp cải thiện chất lượng mảnh ghép và thời gian sống thêm sau ghép. Khâu nối đường mật tận-tận hoặc nối mật ruột kiểu Roux-en-Y. Nên có dẫn lưu mật ra ngoài giúp giảm biến chứng rò mật và hẹp đường mật trong ghép gan người lớn lấy từ người hiến sống.

Câu hỏi lâm sàng 23: *Hồi sức, điều trị sau ghép gan cần lưu ý gì?*

Khuyến cáo số 23:

Sau ghép gan cần theo dõi, đánh giá và hồi sức chung, trong đó lưu ý về:

- Hô hấp và huyết động:

+ Về hô hấp: Rút nội khí quản khi ý thức tỉnh, sức cơ tốt, tần số thở < 30/phút, Vt > 5ml/kg, PaO₂ > 70mmHg, FiO₂ < 40%, thông khí phút < 10 lít/phút. Rút ống nội khí quản sớm giúp hạn chế nguy cơ viêm phổi thở máy, đồng thời cải thiện tưới máu lách, gan và giảm thời gian nằm hồi sức.

+ Về huyết động: Theo dõi điện tim, huyết áp động mạch xâm lấn, cung lượng tim (bằng catheter động mạch phổi hoặc hệ thống phân tích sóng mạch - PiCCO, siêu âm tim qua thành ngực hoặc qua thực quản).

- **Chức năng gan ghép**: với dấu hiệu lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh.

+ Các dấu hiệu lâm sàng: Chức năng gan tốt khi thân nhiệt ổn định, lượng nước tiểu thỏa đáng, cải thiện về thần kinh và ý thức, hô hấp ổn định và các dẫn lưu chuyển dần từ dịch máu/dịch huyết thanh sang dịch cô trướng.

+ Các xét nghiệm: Men gan GOT, GPT (sẽ tăng và đạt đỉnh trong 2 ngày đầu, sau đó giảm dần. Trong một số trường hợp như mảnh ghép nhỏ, độ nhiễm mỡ cao, thời gian thiếu máu lạnh dài, GOT và GPT có thể tăng cao đáng kể song thường sẽ giảm nhanh sau đó), thời gian prothrombin (hoặc INR), bilirubin trực tiếp và gián tiếp, glucose máu, lactate máu.

+ Các khảo sát hình ảnh: với siêu âm Doppler đánh giá dòng chảy của động mạch gan, tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan.

- Các lưu ý khác:

+ Về hồi sức thân: Duy trì đủ cung lượng tim để tối ưu hóa tưới máu thận, sử dụng lợi tiểu, tránh các thuốc độc với thận, chú ý thuốc ức chế miễn dịch, thăm phân máu khi có chỉ định và Về điện giải, glucosa máu, huyết học, đông máu.

+ Về an thần, giảm đau đa mô thức (thường phối hợp giảm đau với catheter thẩm tẩm tại chỗ và giảm đau tĩnh mạch bằng fentanyl và neopam).

+ Về chống nhiễm khuẩn: Đây là biến chứng thường gặp nhất và nguyên nhân gây tử vong hàng đầu sau ghép gan. Nên dùng kháng sinh dự phòng sau phẫu thuật trong 5-7 ngày với các nhóm cephalosporin thế hệ 3 hoặc 4 hoặc các kháng sinh phổ rộng; Dự phòng nhiễm Cytomegalovirus (CMV - gặp khá phổ biến sau ghép, nhất là vào 1-4 tháng sau ghép); Đề phòng nhiễm khuẩn đa kháng, nhất là với nhóm nguy cơ cao (nên sử dụng Carbapenem và/hoặc

Vancomycin); Dự phòng nhiễm nấm (nhất là nhiễm nấm Candida xâm lấn cho các trường hợp có nguy cơ cao với dùng Fluconazole 400 mg/ngày trong 2-4 tuần); Dự phòng tái nhiễm các virus viêm gan B, C và nhiễm EBV (Epstein Barr virus), VZV (varicella zoster), HSV (herpes simplex virus) và lao thể ẩn.

+ Về vết mổ và các ống dẫn lưu: Lưu ý chăm sóc vết mổ và thường rút dẫn lưu ổ bụng vào ngày thứ 3 sau mổ.

+ Về vận động: Cho bệnh nhân vận động (ngồi dậy sớm, vận động chủ động và thụ động tăng dần) giúp hồi phục chức năng tiêu hoá, giảm nhanh dịch dẫn lưu.

+ Về dinh dưỡng sau ghép gan: Ngày đầu sau ghép nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, những ngày sau ăn lỏng rồi tăng đặc và hầu hết ăn bình thường ở ngày thứ 5 sau ghép.

*** Câu hỏi lâm sàng 24:** *Các biến chứng chung sau mổ ghép gan?*

*** Khuyến cáo số 24:** Tỷ lệ biến chứng sau mổ ghép gan từ 10-20%. Lưu ý các biến chứng tắc động mạch gan (sẽ gây suy gan cấp, chẩn đoán chủ yếu qua siêu âm Doppler hoặc chụp động mạch hoặc chụp cộng hưởng từ - MRI). Ngoài ra là các biến chứng hẹp tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ. Các biến chứng đường mật hay gặp là rò mật (thường xảy ra sớm) và hẹp đường mật (thường muộn) gây nhiễm khuẩn nặng và chúng thường được xử trí bằng nội soi đường mật can thiệp với tỷ lệ thành công cao, đặc biệt với biến chứng đường mật có tỷ lệ thành công cao tới 96%, mà hay gặp là nông và đặt stent đường mật qua ERCP do hẹp đường mật. Nhìn chung, chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm và xử trí các biến chứng mạch máu, đường mật sau ghép gan, giúp giảm thiểu nguy cơ tử vong và phải ghép lại.

*** Câu hỏi lâm sàng 25:** *Các biến chứng ngoại khoa cần lưu ý sau mổ ghép gan?*

*** Khuyến cáo số 25:** Các biến chứng ngoại khoa sau mổ ghép gan cần chú ý là:

- **Chảy máu sau mổ:** lưu ý có mạch nhanh, huyết áp tụt, huyết áp tĩnh mạch trung tâm (CVP) giảm, bão hoà oxy giảm, bụng chướng, siêu âm thấy khối máu tụ. Xử trí cần truyền máu hoặc mổ lại khi huyết động không ổn định.

- **Tắc động mạch gan:** có biểu hiện suy gan cấp, tăng nhanh GOT, GPT, lượng mật tiết ra giảm, màu mật trắng. Khẳng định chẩn đoán dựa vào siêu âm Doppler, chụp mạch máu hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI). Xử trí: can thiệp mạch lấy huyết khối, đặt stent hoặc mổ lại làm lại miệng nối hay ghép lại gan khi gan bị hoại tử mất chức năng mảnh ghép.

- **Tắc tĩnh mạch cửa:** có suy chức năng gan, hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, xuất huyết từ các đám tĩnh mạch giãn, tăng nhanh dịch ổ chướng. Chẩn đoán dựa vào siêu âm Doppler, chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc chụp mạch. Xử trí: mổ lại lấy huyết khối, nối tắt hoặc ghép lại gan. Nếu biến chứng xảy ra muộn có thể dùng thuốc chống đông hoặc đặt shunt cửa - chủ.

- **Rò mật:** có đau nhiều hạ sườn phải, đau tăng dần, dấu hiệu nhiễm khuẩn, dẫn lưu ổ bụng ra dịch mật. Chụp CT bụng và MRI đường mật để xác định mức độ rò mật. Xử trí: kháng sinh, giảm đau, đặt dẫn lưu ổ rò mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm, bơm rửa dẫn lưu đường mật (nếu có), nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent khi cần thiết. Mổ lại giải quyết nguyên nhân khi các biện pháp trên không kết quả.

* **Câu hỏi lâm sàng 26:** Chẩn đoán và điều trị biến chứng thái ghép cấp tính sau ghép gan?

* **Khuyến cáo số 26:**

- Chẩn đoán biến chứng thái ghép cấp tính sau ghép gan có tiêu chuẩn vàng là sinh thiết làm tế bào học và dựa vào phân loại của Banff 1995. Ngoài ra là một số triệu chứng gợi ý như sốt, vàng da, khó chịu, đau bụng, men gan tăng, bilirubin tăng, ALP tăng, bạch cầu và Protein C tăng.

- Điều trị thải ghép cấp tính mức độ trung bình – nặng: sử dụng liệu pháp steroids liều cao (pulse therapy), có thể tham khảo liệu trình ở người lớn (> 40kg) như sau:

+ Methylprednisolone 500mg x 3 liều trong 3 ngày

+ Giảm liều theo các mức 250, 125, 75, 60mg/ngày→20mg x 2 lần/ngày trong 7 ngày→về liều duy trì (20mg prednisolon /ngày). Đối với bệnh nhân bị viêm gan B hoặc C giảm liều thấp hơn tương ứng: 100 - 80 - 60 - 40 - 20 - 15 - 12,5 - 10mg/ngày.

Một số trường hợp thải ghép cấp mức độ trung bình, có thể dùng phác đồ với liều thấp hơn: 500-250-125-75-60mg. Một số trường hợp thải ghép tế bào kháng với steroids (chiếm khoảng 10-15% thải ghép cấp tế bào), có thể chỉ định anti-thymocyte globulin (ATG).

*** Câu hỏi lâm sàng 27:** *Biến chứng nhiễm CMV (Cytomegalovirus) sau ghép gan?*

*** Khuyến cáo số 27:** Tỷ lệ nhiễm CMV sau ghép gan khoảng trên 5% với các triệu chứng như sốt, khó chịu, giảm bạch cầu, giảm bạch cầu trung tính, tăng tế bào lympho không điển hình, giảm tiểu cầu ... Khi virus xâm nhập vào mô, cơ quan của cơ thể sẽ gây bệnh CMV. Đây là nhiễm cơ hội phổ biến nhất ở người nhận gan và làm tăng tỷ lệ biến chứng cũng như tử vong sau ghép. Cần lưu ý thời gian bệnh nhân ghép gan nằm lâu ở khu hồi sức (ICU) sau ghép sẽ làm gia tăng nguy cơ nhiễm CMV sau ghép. Vì vậy cần được chẩn đoán sớm (với các xét nghiệm CMV IgG, CMV - DNA PCR với ngưỡng >100copies/mL), điều trị tích cực và đúng phác đồ (với Ganciclovir 10mg/kg/ngày hoặc Valganciclovir 900 x 2 lần/ngày) trong thời gian 6 tháng.

*** Câu hỏi lâm sàng 28:** *Tầm quan trọng của Tăng cường phục hồi sau phẫu thuật (ERAS) ghép gan và những lưu ý khi triển khai ERAS?*

*** Khuyến cáo số 28:** Tăng cường phục hồi sau phẫu thuật (ERAS) ghép gan có vai trò quan trọng để hỗ trợ bệnh nhân ghép gan phục hồi nhanh chóng, giảm tỷ lệ biến chứng, tử vong và thời gian nằm viện, nâng cao hiệu quả điều trị và giảm chi phí y tế.

Trong triển khai thực hiện cần lưu ý: Tư vấn và phục hồi chức năng cùng tối ưu hoá dinh dưỡng trước ghép; Trong ghép dùng thuốc gây mê, giảm đau tác dụng ngắn; Sau ghép rút ống nội khí quản, xông dạ dày sớm, cho vận động sớm (24h sau mổ), rút catheter xâm lấn, xông tiểu (ngày thứ 3 sau mổ), rút dẫn lưu ổ bụng (ngày thứ 5 sau mổ), cho ăn sớm đường tiêu hoá (12-24h sau mổ); Phòng ngừa nhiễm khuẩn, thải ghép, tổn thương thận cấp, huyết khối mạch gan ghép.

** Câu hỏi lâm sàng 29: Các xét nghiệm giám sát sau ghép gan do UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 29:** Trong vòng 3 năm đầu sau ghép gan do UTBMTBG cần tiến hành giám sát bằng các xét nghiệm AFP, AFP-L3 và DCP trong mỗi 3 tháng sau ghép, kiểm tra chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc cộng hưởng từ (MRI) vùng bụng chậu trong mỗi 6 tháng cho các trường hợp có xét nghiệm AFP tăng. Có thể kiểm tra thêm CT hoặc MRI vùng ngực và xương. Cần nhắc chụp PET-CT để tầm soát tổn thương di căn. Nếu chưa phát hiện tổn thương thì nên rút ngắn thời gian tái khám (để kiểm tra) còn 2 tháng. Sau mổ, việc theo dõi tái phát UTBMTBG là rất ý nghĩa. Sau khi phát hiện tái phát nên sinh thiết lỏng (liquid biopsy) sẽ cung cấp các thông tin để có chiến thuật điều trị thích hợp.

** Câu hỏi lâm sàng 30: Những lưu ý trong tầm soát tối ưu sau ghép gan do UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 30:**

Trọng tâm của những lưu ý này là kết hợp giữa nồng độ AFP và PIVKA-II trước ghép và tốc độ “bình thường hóa” của các dấu ấn khối u sau ghép. Việc các dấu ấn khối u trở về mức bình thường nhanh (trong vòng 4–6 tuần) có tương quan với việc cải thiện nguy cơ tái phát và tiên lượng sống toàn bộ; ngược lại, sự bình thường hóa chậm làm tăng đáng kể nguy cơ tái phát. Đối với nhóm nguy cơ cao, nên theo dõi định kỳ mỗi 2–3 tháng. Trong khi đó, nhóm nguy cơ thấp có thể được theo dõi an toàn bằng hình ảnh học mỗi 6 tháng, trừ khi xuất hiện dấu hiệu tăng của các dấu ấn khối u. Các công nghệ mới như sinh thiết lỏng - bao gồm các DNA khối u lưu hành

trong máu (ctDNA), tế bào khối u lưu hành (CTCs), và phân tích microRNA - cho thấy tiềm năng trong việc phát hiện sớm và chính xác hơn các tình trạng tồn dư khối u trong cơ thể giúp cải thiện tiên lượng và kết quả điều trị cho bệnh nhân HCC được ghép gan.

D. Về những biến chứng sau mổ ở người hiến gan và kết quả lâu dài - Có 3 khuyến cáo

*** Câu hỏi lâm sàng 31:** *Các biến chứng sau mổ ở người hiến gan cần lưu ý?*

*** Khuyến cáo số 31:** Tỷ lệ tử vong của người hiến gan ở tại bệnh viện trên toàn Thế giới là khoảng 0,01%. Nguyên nhân hàng đầu của tử vong là nhiễm khuẩn huyết, thứ đến là chảy máu trong mổ. Vì vậy, cần lưu ý đề phòng các biến chứng sau mổ nặng ở người hiến gan như nhiễm khuẩn huyết và chảy máu trong mổ, nhất là do tuột clamp, do lỏng tuột kẹp mạch máu hoặc lỗi của stapler. Biến chứng hay gặp khác sau mổ lấy gan ở người hiến là biến chứng ở vết mổ. Ngoài ra, có thể gặp biến chứng đường mật (2%) và chủ yếu ở mức độ 3, đòi hỏi phải nội soi hoặc điện quang can thiệp và thường là có kết quả tốt, một số trường hợp phải đặt dẫn lưu mật qua da. Các biến chứng mạch máu hiếm gặp và sẽ điều trị tốt với can thiệp mạch.

*** Câu hỏi lâm sàng 32:** *Kết quả lâu dài ở người hiến gan?*

*** Khuyến cáo số 32:** Sau mổ hiến gan lâu dài thường có khó chịu chủ yếu về vết mổ, về tiêu hoá, về mệt mỏi và đau sau mổ ... Ở Việt Nam đến nay chưa có trường hợp hiến gan nào tử vong và tỷ lệ biến chứng chung sau lấy gan từ người hiến sống là dưới 9%, trong đó biến chứng đường mật là phổ biến nhất với tỷ lệ dưới 6%

Phẫu thuật nội soi lấy gan được áp dụng nhiều gần đây đã mang lại những ưu việt như giúp người hiến gan sau mổ cảm thấy dễ chịu hơn, khoẻ hơn rõ rệt và nhanh hồi phục trở về cuộc sống bình thường, đặc biệt ít gặp hơn các khó chịu về vết mổ, về tiêu hoá, về mệt mỏi và ít đau sau mổ cùng với tính thẩm mỹ tốt hơn.

** Câu hỏi lâm sàng 33: Vấn đề phục hồi thể tích gan ở người hiến sống sau cắt gan phải cho ghép gan?*

*** Khuyến cáo số 33:** Nhìn chung sau cắt gan phải ở người hiến sống thì phần gan còn lại của người hiến đã được phục hồi khá tốt. Cụ thể sau mổ 7 ngày: thể tích gan trái tăng thêm gần 66% và thể tích gan phục hồi so với ban đầu là gần 63 %. Sau 1 tháng các tỷ lệ này là gần 93% và 73%. Sau 3 tháng là gần 94% và 76%; Sau 6 tháng là gần 129% và 86% và sau 12 tháng là gần 136% và 89%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là gần 11 ngày.

E. Ứng dụng phẫu thuật nội soi và huỳnh quang ICG trong lấy gan ở người hiến sống - Có 7 khuyến cáo

** Câu hỏi lâm sàng 34: Các bước chính trong Quy trình triển khai phẫu thuật nội soi trong lấy gan cho ghép gan từ người hiến sống?*

*** Khuyến cáo số 34:** Quy trình triển khai phẫu thuật nội soi trong lấy gan cho ghép gan từ người hiến sống gồm các bước chính: (1) Xây dựng đội ngũ phẫu thuật có kỹ năng nội soi vững, đặc biệt là trong lĩnh vực gan mật; (2) Lựa chọn ca bệnh phù hợp trong giai đoạn đầu; (3) Ứng dụng các trang thiết bị mới, công nghệ kỹ thuật cao giúp hỗ trợ tối đa trong cuộc mổ; (4) Áp dụng kỹ thuật kiểm soát cuống, cắt nhu mô gan hợp lý trong từng ca bệnh.

Phẫu thuật nội soi cắt gan cho ghép gan từ người hiến sống không chỉ là một kỹ thuật mới, mà còn là minh chứng cho sự phát triển chuyên sâu của phẫu thuật gan mật tụy tại Việt Nam.

** Câu hỏi lâm sàng 35: Ưu điểm của ứng dụng phẫu thuật nội soi trong lấy gan từ người hiến sống?*

*** Khuyến cáo số 35:** Ứng dụng phẫu thuật nội soi lấy gan từ người hiến sống là xu thế tất yếu với phẫu thuật ít xâm lấn có đường mổ nhỏ với tính thẩm mỹ, hạn chế thoát vị vết mổ, mất máu ít hơn, nhanh phục hồi nhu động ruột, giảm ngày nằm điều trị, thường ra viện sau 4-5 ngày và cải thiện chức năng miễn dịch. Cần thông báo rõ cho bệnh nhân và gia đình về kỹ thuật này trước mổ.

Phẫu thuật cắt lấy gan qua nội soi ổ bụng ở người hiến sống cho thấy kết quả tương đương với cắt lấy gan bằng mổ mở. Hơn thế, về mất máu trong mổ và thời gian nằm viện ít hơn hẳn ở nhóm mổ nội soi. Tỷ lệ biến chứng sau mổ lấy gan ở người hiến sống bằng phẫu thuật nội soi <10%. Tuy vậy, thời gian mổ là kéo dài hơn ở nhóm mổ nội soi ổ bụng (trung bình là 180 phút).

** **Câu hỏi lâm sàng 36:** Tiêu chí chọn người hiến gan, các kỹ thuật chính và kết quả chung trong phẫu thuật nội soi lấy gan để ghép từ người cho sống?*

** **Khuyến cáo số 36:*** Tiêu chí chọn người hiến ban đầu tập trung vào trường hợp giải phẫu đơn giản, không có bất thường mạch máu hay đường mật, thể tích mảnh gan hợp lý (700–800g), ưu tiên giữ lại tĩnh mạch gan giữa cho người hiến. Sau đó khi đã làm ổn định có thể mở rộng cho cả những trường hợp có bất thường giải phẫu, thể tích lớn hơn và cả trường hợp ghép gan khẩn cấp. Kỹ thuật chính bao gồm tiếp cận cuống Glisson trong gan, cắt nhu mô bằng dao siêu âm và CUSA, sử dụng hình ảnh huỳnh quang ICG và không đặt dẫn lưu ổ bụng sau mổ. Kết quả nhìn chung là an toàn, không có tử vong, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian hồi phục nhanh.

** **Câu hỏi lâm sàng 37:** Các bước cơ bản về kỹ thuật trong phẫu thuật nội soi lấy mảnh gan phải từ người hiến sống để ghép?*

** **Khuyến cáo số 37:*** **Bước 1:** Đặt trocar, đánh giá gan, sinh thiết gan; **Bước 2:** Cắt các dây chằng, giải phóng toàn bộ gan phải, cắt túi mật; **Bước 3:** Phẫu tích cuống gan, và đặt lách chờ tĩnh mạch cửa phải và động mạch gan phải; **Bước 4:** Kẹp cuống gan phải tạm thời, tiêm ICG tĩnh mạch ngoại vi, đánh dấu đường cắt. **Bước 5:** Cắt nhu mô gan (nên bằng dao CUSA để giảm tổn thương nhiệt ở các cấu trúc vùng cuống gan), kẹp các nhánh tĩnh mạch gan giữa của hạ phân thủy 5 và 8. Bộc lộ và đặt lách chờ tĩnh mạch gan phải. Cắt đường mật gan phải (qua hình ảnh đường mật với ICG); **Bước 6:** Mở bụng đường ngang trên xương mu (đường Pfannenstiel), đưa túi nilon vào trong ổ bụng. Đóng bụng tạm thời, đưa gan phải vào trong

túi. **Bước 7:** Sau truyền Heparin tĩnh mạch, lần lượt cắt động mạch gan phải, tĩnh mạch cửa phải, tĩnh mạch gan phải (với kẹp stapler). Mở bụng lấy gan ra khỏi ổ bụng, chuyển sang bàn rửa gan và tạo hình (back table). **Bước 8:** Xử lý khâu đóng mỏm đường mật, kiểm tra cầm máu, lau rửa ổ bụng, khâu phục hồi dây chằng liềm, lấy túi mật, đóng bụng.

** Câu hỏi lâm sàng 38: Những lưu ý trong phẫu thuật nội soi cắt gan lấy mảnh ghép từ người hiến sống?*

*** Khuyến cáo số 38:** Phẫu thuật nội soi cắt gan lấy mảnh ghép từ người hiến sống nên được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm, với trang thiết bị đầy đủ. Cần lưu ý BMI>25, trọng lượng mảnh ghép lớn >1000ml, biến đổi giải phẫu không phải là chống chỉ định tuyệt đối cho phẫu thuật nội soi cắt gan lấy mảnh ghép. Chú ý kỹ thuật xử lý mạch máu, đường mật trong mổ giúp giảm thiểu biến chứng sau mổ. Nhìn chung để từng bước nâng cao việc phẫu thuật nội soi cắt lấy gan với xâm lấn tối thiểu cần chuẩn hoá và tối giản quy trình kỹ thuật cũng như đào tạo qua trực tiếp với cầm tay chỉ việc hoặc học tập trực tuyến.

** Câu hỏi lâm sàng 39: Các ưu điểm của phẫu thuật nội soi cắt gan lấy mảnh ghép từ người hiến sống với tiếp cận bao Glissonean?*

*** Khuyến cáo số 39:** Các ưu điểm của phẫu thuật nội soi cắt gan lấy mảnh ghép từ người hiến sống với tiếp cận bao Glissonean: Giúp đảm bảo an toàn cho cuống gan bên giữ lại; Tránh nguy cơ của các biến đổi giải phẫu; Bắt đầu phẫu tích các thành phần sau khi cắt nhu mô; Dễ xoay trở, thuận tiện cho kỹ thuật phẫu tích; Rút ngắn thời gian “phơi bày” động mạch; Giảm nguy cơ thuyên tắc khi phẫu tích; Tối ưu mối quan hệ “động mạch gan và ống mật”; Thuận tiện cho việc cắt ống mật (di động); Không ảnh hưởng cung cấp máu cho ống mật.

** Câu hỏi lâm sàng 40: Ứng dụng huỳnh quang ICG trong ghép gan lấy từ người hiến sống?*

*** Khuyến cáo số 40:** Trong ghép gan lấy từ người hiến sống, huỳnh quang ICG ngoài việc giúp xác định mốc ranh giới đường cắt gan sau tiêm huỳnh quang ICG đường tĩnh mạch (cần chú ý tiêm đúng thời điểm) thì còn giúp xác định rõ hệ thống đường mật xung quanh mặt cắt vùng cuống gan và xác định điểm cắt phù hợp của các ống mật (lưu ý quan sát hình ảnh ống mật ngay sau khi cắt). Hình ảnh ICG còn giúp đánh giá việc rửa gan trong ghép gan.

E. Ghép gan ở trẻ em, ưu nhược điểm của ghép gan lấy từ người hiến sống, ghép gan lấy từ người cho chết não, chia gan để ghép gan từ người cho chết não, - Có 4 khuyến cáo

*** Câu hỏi lâm sàng 41:** *Ghép gan ở trẻ em?*

*** Khuyến cáo số 41:** Ghép gan ở trẻ em hầu hết lấy từ người hiến sống và có chỉ định chiếm đại đa số do teo đường mật bẩm sinh (do thất bại sau phẫu thuật Kasai và gây suy gan cấp). Ngoài ra là các bệnh gan như suy gan cấp, bệnh Wilson, thiếu hụt Citrin ở trẻ em (NICCD), Caroli và hội chứng Budd-Chiari ... Thường lấy gan thùy trái gồm 2 hạ phân thùy (HPT) II và HPT III của người hiến gan sống để ghép cho các trẻ từ 6 tháng đến 3 tuổi. Ngoài ra có thể lấy phân thùy sau (HPT VI và HPT VII) hoặc lấy gan trái (gồm 3 HPT II, III và IV) để ghép cho các trẻ từ 3 – 12 tuổi, với trẻ lớn (từ 12 – 16 tuổi) nên lấy gan phải (gồm các HPT V, VI, VII và VIII) để ghép. Ở trẻ nhận gan nên áp dụng thường quy kỹ thuật vi phẫu khâu nối động mạch gan và có thể cả với nối đường mật. Sau ghép dùng thuốc điều trị ức chế miễn dịch với Tacrolimus hoặc Cyclosporine. Với biến chứng hẹp tĩnh mạch cửa sau ghép nên xử trí bằng đặt stent.

*** Câu hỏi lâm sàng 42:** *Ưu nhược điểm của ghép gan lấy từ người hiến sống?*

*** Khuyến cáo số 42:** Những ưu điểm của ghép gan lấy từ người hiến sống là: mô theo kế hoạch, giúp giảm số tử vong do chờ ghép, chất lượng mảnh ghép tốt, thời gian thiếu máu ngắn và có nhiều lựa chọn người hiến gan. Những nhược điểm là: có nguy cơ đối với

người hiến gan; mảnh ghép bị nhỏ; các tĩnh mạch gan, động mạch và đường mật có thể nhiều nhánh, nhỏ và ngắn; có nhiều yêu cầu về kỹ thuật; biến chứng đường mật và động mạch gan thường cao hơn; có thể tắc dòng chảy đi của tĩnh mạch gan trong ghép gan ở người hiến sống với mảnh ghép gan phải.

*** Câu hỏi lâm sàng 43:** *Ghép gan lấy từ người cho chết não?*

*** Khuyến cáo số 43:** Ghép gan người cho chết não là phương pháp điều trị bệnh gan giai đoạn cuối và UTBMTBG an toàn và hiệu quả. Trong ghép gan lấy từ người cho chết não – các thì mổ chính ở người nhận gan là: Cắt toàn bộ gan bệnh, cắt đường mật, động mạch gan; Chuẩn bị các tĩnh mạch gan và tĩnh mạch cửa; Nối các tĩnh mạch gan, tĩnh mạch cửa, nối động mạch gan và nối đường mật. Lưu ý trong kỹ thuật phục hồi dòng máu gan có thể sử dụng kỹ thuật Piggyback hoặc nên bằng kỹ thuật kinh điển ghép gan kèm thay đoạn tĩnh mạch chủ dưới có cải tiến với cặp cắt đoạn tĩnh mạch chủ dưới giúp giảm thời gian thiếu máu nóng (từ 40 phút xuống 20 phút), rút ngắn thời gian mổ (từ 7-10 giờ xuống 4-6 giờ), giảm thời gian cắt gan toàn bộ, giảm mất máu trong mổ, giảm thiểu nguy cơ hội chứng sau tái tưới máu và bệnh nhân phục hồi sớm sau mổ... Đại đa số nên nối miệng chung 3 tĩnh mạch gan, trong nối đường mật hầu hết sử dụng kỹ thuật nối tận - tận (duct to duct) và có thể đặt ống dẫn lưu mật ra ngoài. Có thể thực hiện kỹ thuật chia gan để ghép (split liver transplantation) cho 2 người nhận gan (nên là cho 1 người lớn và 1 trẻ em) và triển khai ghép đa tạng như ghép đồng thời gan - thận, ghép đồng thời tim - gan ...

*** Câu hỏi lâm sàng 44:** *Chia gan để ghép gan từ người cho chết não?*

*** Khuyến cáo số 44:**

Chia gan để ghép là khi gan của người hiến chết não được chia thành 2 phần và ghép cho 2 người nhận (là 1 người lớn và 1 trẻ em hoặc ghép cho 2 người lớn). Chia gan để ghép gan từ người cho chết não giúp tối ưu hóa nguồn tạng từ người cho chết não và mở rộng cơ hội ghép gan tại Việt Nam, giúp cho nhiều bệnh nhân được thụ

hường ghép gan, nhất là trẻ em. Các tiêu chuẩn để lựa chọn người hiến gan cần lưu ý tuổi nên từ 10-35, huyết động ổn định, đã nằm tại ICU không quá 5 ngày, các xét nghiệm nhiễm mỡ gan <30%, GGT <50 U/L, GPT <60 U/L và Na huyết thanh < 160 mmol/L. Đối với người nhận gan là trẻ em thì chọn dưới 15 tuổi và cân nặng <30kg, không có tiền sử phẫu thuật bụng phức tạp. Thường tiến hành chia gan trong cơ thể (in-situ splitting) sẽ rút ngắn thời gian thiếu máu lạnh, nhận định rõ cấu trúc giải phẫu và cầm máu tốt hơn. Tuy nhiên nếu cần lấy và bảo quản tạng ghép sớm trong thời gian ngắn và chưa có đội ngũ chuyên sâu ở cơ sở nơi hiến gan thì nên chia gan ngoài cơ thể (ex-situ splitting).

Trong kỹ thuật chia gan cần chú ý đến mạch máu và đường mật. Nếu chia để ghép cho 1 người lớn và 1 trẻ em thì ở người lớn sẽ nhận phần gan phải (gồm các hạ phân thủy từ 4-8 và hạ phân thủy 1) với động mạch (ĐM) gan phải $\pm$ ĐM gan chung, tĩnh mạch (TM) cửa phải, thân TM cửa, TM gan phải, TM chủ dưới $\pm$ TM gan giữa và đường mật gan phải, ống mật chủ (OMC). Trẻ em sẽ nhận mảnh gan trái (thủy trái bên - hạ phân thủy 2-3) với ĐM gan trái $\pm$ ĐM gan chung, TM cửa trái, TM gan trái $\pm$ TM gan giữa và đường mật gan trái. Trong các bước phẫu thuật cần lưu ý khi phẫu tích quanh rãnh Rex, phẫu tích nhu mô với cắt nhu mô gan sâu, cắt tĩnh mạch gan và đóng mỏm cắt. Đồng thời kiểm soát tốt dòng máu vào và ra của mảnh ghép.

Tỉ lệ sống thêm sau 5 năm đạt khoảng 80% với chỉ định ghép phù hợp. Siêu âm và chụp cắt lớp trước mổ kèm theo đánh giá đường mật trong mổ đóng vai trò quan trọng để đảm bảo chất lượng mảnh ghép. Biến chứng chủ yếu liên quan đến đường mật và mạch máu vẫn còn cao. Các yếu tố tiên lượng sống kém gồm: cân nặng trẻ ≤ 6 kg, tuổi người hiến cao, thời gian thiếu máu lạnh >6 giờ và không có sự phối hợp giữa các đơn vị ... Cần xây dựng quy trình điều phối – chia gan liên trung tâm một cách chặt chẽ, dựa trên đánh giá kỹ lưỡng về giải phẫu và tiên lượng sau ghép để tối ưu hóa tiên lượng sống thêm.

F. Tiếp tục ứng dụng các tiến bộ mới trong ghép gan, ghép gan trong Đại dịch Covid và xây dựng các trung tâm chuyên sâu về ghép gan ở Việt Nam - Có 4 khuyến cáo

** Câu hỏi lâm sàng 45: Tiếp tục ứng dụng các tiến bộ mới trong ghép gan?*

*** Khuyến cáo số 45:** Quan tâm ứng dụng các tiến bộ mới trong ghép gan như: Phẫu thuật lấy gan và ghép gan bằng Robot, phẫu thuật Hybrid trong lấy gan từ người cho sống; Ghép gan cặp (Dual graft) lấy 2 mảnh ghép từ 2 người cho sống khác nhau để ghép cho 1 người nhận gan; Ghép gan có bất đồng nhóm máu ABO (ABO-incompatibility liver transplantation) giúp thêm cơ hội cho bệnh nhân chờ ghép gan mà không có thêm nguy hại với người hiến gan và lưu ý dùng kháng thể kháng-ABO (anti-ABO antibodies) đóng vai trò rất quan trọng, đặc biệt ở giai đoạn sau ghép; Ghép cho các bệnh nhân nặng (Seriously-ill patient); Tạo dung nạp miễn dịch (Immune tolerance induction), nhất là với ghép gan ở trẻ em; Ghép đổi người hiến gan (Donor “exchange” transplantation); Ghép dưới phân thùy (Sub segmental grafts) ...

** Câu hỏi lâm sàng 46: Lựa chọn loại ghép gan an toàn và quản lý bệnh nhân ngoại trú sau ghép gan trong Đại dịch Covid?*

*** Khuyến cáo số 46:** Trong Đại dịch Covid, với việc nguồn cung cấp tạng lấy từ người hiến sống sẽ an toàn hơn, vì vậy ghép gan lấy từ người hiến sống có ưu thế hơn và là nguồn ghép gan chủ yếu. Quản lý bệnh nhân: giãn cách thời gian khám 2-3 tháng, uỷ quyền lĩnh thuốc và tiêm vaccine ...

** Câu hỏi lâm sàng 47: Xây dựng và phối hợp các trung tâm ghép gan. Tiêu chí và Ưu thế?*

*** Khuyến cáo số 47:** Xây dựng hài hòa các trung tâm ghép gan lớn, vừa và nhỏ trong cả nước. Trong đó các Trung tâm ghép gan lớn (High-volume center) với các tiêu chí đạt trên 55 ca ghép/ 1 năm và có danh sách chờ ghép gan trên 68% sẽ giúp tăng cơ hội cho người

bệnh được ghép gan và giảm nguy cơ tử vong sau ghép gan bởi có các phẫu thuật viên với nhiều kinh nghiệm, đặc biệt trong việc cứu chữa các ca khó. Ngoài ra có nhiều kinh nghiệm xử trí biến chứng, được học hỏi thêm nhiều từ kíp ghép gan và đảm bảo phục vụ liên tục 24/7 ...

Các trung tâm ghép gan vừa - Medium-volume center (từ 20-55 ca ghép/ 1 năm và có danh sách chờ ghép 26%) và trung tâm ghép gan nhỏ - Low-volume center (dưới 20 ca ghép/ 1 năm và có danh sách chờ ghép 6%) vẫn có những ưu thế riêng như: Về khoảng cách, địa lý, vận chuyển và đi lại; Về tài chính, gây quỹ, chính sách y tế; Về chính sách phân phối tạng của vùng miền và Quốc gia; Về thêm sự lựa chọn cho người bệnh ... Các trung tâm vừa và nhỏ này cần có sự liên kết phối hợp, xây dựng cơ sở hạ tầng và chuyên môn tương xứng, có thêm sự hướng dẫn kèm cặp ở các bước phát triển, xây dựng đội ngũ hạt nhân là kíp mổ ghép gan và các chuyên ngành liên quan, luôn có khát vọng vươn lên và có kế hoạch để sớm triển khai thành công.

** **Câu hỏi lâm sàng 48:** Xây dựng các trung tâm chuyên sâu về ghép gan ở Việt Nam?*

** **Khuyến cáo số 48:** Xây dựng các trung tâm chuyên sâu về ghép gan (Excellent Center for Liver Transplantation) ở Việt Nam giúp đẩy mạnh ghép gan ở đất nước chúng ta. Các trung tâm này cần hội đủ các yếu tố như có nguồn nhân lực tốt với các kíp tham gia ghép gan làm chủ kỹ thuật và có kết quả tốt về chất lượng lâm sàng để giữ vai trò đầu tàu kéo theo sự phát triển ghép gan ở các vùng miền và cả nước. Các yếu tố quan trọng khác là có hệ thống điều trị đa mô thức, có cơ sở hạ tầng tốt với các trang thiết bị dụng cụ đáp ứng, có các hoạt động nghiên cứu, đào tạo cũng như về chiến lược và sự hợp tác cùng các công tác chăm sóc, dịch vụ tốt với giá cả hợp lý ...*

HỘI GAN MẬT
VIỆT NAM

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 5 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Ghép gan tại Việt Nam”
(Bản Cập nhật 2025)

CHỦ TỊCH HỘI GAN MẬT VIỆT NAM
Căn cứ Chức năng và quyền hạn của Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam.

- QUYẾT ĐỊNH:**
- Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này “Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Ghép gan tại Việt Nam” (Bản Cập nhật 2025)
- Điều 2.** Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Ghép gan tại Việt Nam (Bản Cập nhật 2025) là tài liệu hướng dẫn được áp dụng trong tất cả các cơ sở y tế.
- Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành./.

CHỦ TỊCH
HỘI GAN MẬT VIỆT NAM



Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải

KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN Ở VIỆT NAM

Guideline Recommendations of Diagnosis and Treatment of HCC in Vietnam

(Bản Cập nhật 2025/Updated Version 2025)

Với tổng số 47 khuyến cáo hướng dẫn

A. Về Yếu tố nguy cơ và Biện pháp phòng chống ung thư biểu mô tế bào gan - Có 2 khuyến cáo hướng dẫn

* **Câu hỏi lâm sàng 1:** *Các yếu tố nguy cơ, cơ chế chính gây ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) và biện pháp theo dõi phát hiện?*

* **Khuyến cáo số 1:**

- Các yếu tố nguy cơ chính gây UTBMTBG được xác định như: nhiễm virus viêm gan B -HBV, nhiễm virus viêm gan C - HCV (với nguy cơ gây UTBMTBG cao gấp 60-200 lần ở những người bị HBV, HCV so với những người không mắc), bệnh gan mạn do rượu hay không do rượu, xơ gan do các nguyên nhân, nấm Aflatoxin B1 (AFB1) có trong ngũ cốc bị mốc, bệnh gan nhiễm mỡ (gần đây gia tăng nhiều), tiếp xúc với hoá chất độc hại, viêm gan tự miễn, rối loạn chuyển hoá, nam giới trên 40 tuổi ... Trong đó đáng lưu ý các yếu tố chính là viêm gan virus (HBV, HCV) và sử dụng nhiều rượu bia. Cơ chế chính của UTBMTBG phát triển trên nền bệnh gan mạn tính và có xơ gan tiến triển là do kích hoạt các tế bào hình sao biến đổi thành các tế bào giống nguyên bào sợi trong mô ung thư gan và tạo vi môi trường thuận lợi cho phát triển tế bào ung thư cũng như gây ra thoái hóa tế bào gan và đột biến gen.

- Để phát hiện UTBMTBG sớm cho bệnh nhân viêm gan mạn tính hoặc xơ gan và có tổn thương khu trú tại gan: Khi tổn thương nhỏ hơn 1 cm qua xác định bằng siêu âm nên được theo dõi 3 tháng một lần. Nếu tổn thương biến mất hoặc không thấy tăng kích thước trong 2 năm, các tổn thương này sẽ được theo dõi định kỳ 6 tháng/lần. Khi phát hiện các tổn thương tăng kích thước >1 cm cần chỉ định chụp cắt lớp vi tính (CT) và/hoặc chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) để

xác định chẩn đoán UTBMTBG thông qua các đặc điểm điển hình khối u tăng sinh mạch. Có thể tham khảo hệ thống phân loại hình ảnh học LI-RADS (*Liver Imaging Reporting and Data System*) để đánh giá các tổn thương ở gan với các trường hợp có nguy cơ mắc UTBMTBG. Những trường hợp khối u không có đặc điểm điển hình UTBMTBG trên CT và/hoặc MRI cần chỉ định sinh thiết khối u gan để làm chẩn đoán giải phẫu bệnh.

- Nhìn chung, tất cả bệnh nhân xơ gan, viêm gan B, C mạn (trên 40 tuổi) đều cần tầm soát phát hiện sớm UTBMTBG bằng định kỳ kiểm tra siêu âm và xét nghiệm Alpha-Fetoprotein (AFP) huyết thanh và xét nghiệm DCP (Des-gamma Carboxy Prothrombin) tối thiểu 6 tháng/lần.

- Ở những trung tâm lớn, ngoài tầm soát với siêu âm và xét nghiệm AFP, DCP như trên, có thể xét nghiệm thêm AFP-L3 cùng chụp CT hoặc MRI từ 3-6 tháng nếu có điều kiện để giúp tăng khả năng phát hiện sớm UTBMTBG.

*** Câu hỏi lâm sàng 2: Các biện pháp phòng chống UTBMTBG?**

*** Khuyến cáo số 2:**

Để phòng chống UTBMTBG cần thực hiện một số biện pháp sau:

- Thực hiện chương trình tiêm chủng vắc xin phòng viêm gan B cho trẻ em và người lớn có nguy cơ mắc bệnh cao.
- Không rượu, bia, thuốc lá, đặc biệt đối với những bệnh nhân có xơ gan, viêm gan virus.
- Không dùng thuốc khi không có chỉ định của bác sỹ, đặc biệt thuốc không rõ nguồn gốc. Đảm bảo an toàn tiêm chích.
- Tránh tiếp xúc với các hóa chất độc hại dễ làm tổn thương gan.
- Khám sức khỏe định kỳ tối thiểu mỗi 6 tháng/lần cho những người mắc bệnh gan mạn tính bằng siêu âm, xét nghiệm AFP để có thể phát hiện sớm và điều trị UTBMTBG.

B. Về Tầm soát ung thư biểu mô tế bào gan - Có 2 khuyến cáo hướng dẫn

*** Câu hỏi lâm sàng 3:** *Tầm soát bệnh nhân có nguy cơ cao bị UTBMTBG bằng các xét nghiệm gì?*

*** Khuyến cáo số 3:** Ung thư biểu mô tế bào gan thường phát sinh trên nền bệnh gan mạn tính, đặc biệt là nhiễm HBV, HCV và nghiện rượu mạn tính. Cần có kế hoạch tầm soát thường qui bằng cách thực hiện siêu âm gan mật và xét nghiệm AFP huyết thanh, xét nghiệm DCP định kỳ mỗi 6 tháng ở các đối tượng nguy cơ và tính các chỉ số GAAD (gồm AFP, DCP, tuổi, giới tính). Những trung tâm y tế lớn có thể tầm soát với siêu âm và xét nghiệm AFP, AFP-L3 và DCP cùng chụp CT hoặc MRI từ 3-6 tháng và tính chỉ số GALAD (như GAAD và có thêm AFP-L3) nếu có điều kiện để tăng khả năng phát hiện sớm UTBMTBG. Nhìn chung GAAD có kết quả tương đương như GALAD song có chi phí rẻ hơn nên được khuyến cáo ứng dụng nhiều trong tầm soát HCC, còn GALAD nên sử dụng nhiều trong chẩn đoán HCC.

*** Câu hỏi lâm sàng 4:** *Phát hiện sớm UTBMTBG giúp mang lại hiệu quả gì và cần lưu ý gì trong phát hiện chẩn đoán sớm?*

*** Khuyến cáo số 4:**

- Phát hiện sớm UTBMTBG sẽ giúp việc điều trị kịp thời, hiệu quả cao, chi phí thấp và tăng tỷ lệ được cứu sống. Phát hiện UTBMTBG sớm khi khối u gan $\leq 2\text{cm}$ sẽ cải thiện tỷ lệ sống và ngăn ngừa tái phát di căn tại gan hoặc di căn xa. Nhìn chung, việc phát hiện chẩn đoán sớm sẽ giúp ích cho việc quản lý tốt UTBMTBG đạt hiệu quả cao.

- Cần lưu ý vận dụng uyển chuyển tất cả các phương tiện phát hiện chẩn đoán có trong tay và biết các ưu nhược điểm của các phương tiện xét nghiệm này để sử dụng cho hợp lý, chính xác và hiệu quả để phát hiện chẩn đoán được UTBMTBG càng sớm càng tốt.

C. Về Chẩn đoán UTBMTBG - Có 5 khuyến cáo hướng dẫn

*** Câu hỏi lâm sàng 5:** *Vai trò của chất chỉ điểm ung thư trong chẩn đoán UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 5:** Chất chỉ điểm ung thư Alpha-Fetoprotein (AFP) với giá trị nồng độ $\geq 20\text{ng/ml}$ có độ nhạy khoảng 60% trong chẩn đoán UTBMTBG, các chất chỉ điểm AFP-L3 ($>5\%$) và DCP ($>40\text{ mAU/mL}$) giúp tăng độ đặc hiệu, cải thiện khả năng phát hiện sớm UTBMTBG. Giá trị AFP 200ng/ml là ngưỡng gợi ý cao chẩn đoán UTBMTBG, nhất là khi mức AFP $\geq 200\text{ng/ml}$ trong 2 tháng hoặc trên $\geq 400\text{ng/ml}$ trong 1 tháng và xét nghiệm này có giá trị tiên lượng bệnh. Đồng thời, theo dõi AFP huyết thanh giúp đánh giá kết quả điều trị (với nhóm có AFP huyết thanh tăng cao trước điều trị). Tại các trung tâm y tế có điều kiện có thể sử dụng xét nghiệm và tính các chỉ số GAAD (gồm AFP, DCP, tuổi, giới tính với điểm cut-off 2,57) hay GALAD (như GAAD và có thêm AFP-L3) hoặc tính chỉ số BALAD (có dùng thêm Bilirubin toàn phần và Albumin cùng với GALAD) để theo dõi đáp ứng điều trị và tiên lượng thời gian sống thêm. Xét nghiệm nồng độ HBcrAg (là kháng nguyên liên quan lõi viêm gan B) giúp dự đoán sự phát triển và tái phát cũng như dự báo nguy cơ UTBMTBG ở bệnh nhân có HBV.

*** Câu hỏi lâm sàng 6:** Trong các trường hợp xét nghiệm AFP không tăng, việc chẩn đoán UTBMTBG dựa vào các xét nghiệm gì?

*** Khuyến cáo số 6:** Trong các trường hợp UTBMTBG có xét nghiệm AFP không tăng, việc chẩn đoán xác định UTBMTBG dựa vào chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT) có tiêm thuốc cản quang và/hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) có cản từ với hình ảnh điển hình khối u tăng sinh mạch (tăng ngấm thuốc pha động mạch và thải trừ thuốc nhanh pha tĩnh mạch, pha nhu mô). Nếu khối u gan có hình ảnh không điển hình, cần sinh thiết khối u gan làm chẩn đoán mô bệnh học. Tại các trung tâm y tế lớn có thể xét nghiệm và tính chỉ số GAAD hoặc chỉ số GALAD có khả năng phát hiện sớm UTBMTBG trên 90% các trường hợp.

*** Câu hỏi lâm sàng 7:** Giá trị của các biện pháp chẩn đoán hình ảnh nói chung trong chẩn đoán UTBMTBG?

*** Khuyến cáo số 7:**

- Siêu âm là phương tiện chẩn đoán ít xâm hại, phổ biến, ít tốn kém, dễ dàng thực hiện cho mọi BN, nhất là trong điều kiện thực tiễn ở Việt Nam. Siêu âm chẩn đoán UTBMTBG có độ nhạy thay đổi từ 65-80% và thường được phối hợp với xét nghiệm AFP trong tầm soát các BN có nguy cơ UTBMTBG. Khi có điều kiện áp dụng siêu âm với chất cản âm sẽ giúp chẩn đoán sớm và chính xác hơn UTBMTBG.

- Chụp cắt lớp vi tính đa dãy (CT) có tiêm thuốc cản quang hoặc cộng hưởng từ (MRI) có cản từ được chỉ định để đánh giá động học của u gan. Các phương pháp này đánh giá chính xác tính chất tăng sinh mạch máu của u gan cũng như số lượng, vị trí của u gan với hình thái gan và các cơ quan lân cận. Ngoài ra còn giúp đánh giá tình trạng di căn tại gan (vệ tinh xung quanh khối u, xâm lấn hệ tĩnh mạch gan), hay di căn ngoài gan (hạch rốn gan, tuyến thượng thận, phổi). Trên phim CT hay MRI, hình ảnh UTBMTBG điển hình thể hiện tăng bắt thuốc cản quang hay cản từ trong thì động mạch và thải thuốc trong thì tĩnh mạch hay thì muộn. Khi hình ảnh khối u gan trên hình CT có cản quang hoặc MRI có cản từ biểu hiện tính chất điển hình của UTBMTBG thì có thể chẩn đoán xác định UTBMTBG mà không cần sinh thiết. Nhìn chung, MRI có kết quả tương tự CT scan với độ nhạy trên 80% và độ đặc hiệu trên 85%.

- Để chẩn đoán di căn gan cần phối hợp nhiều phương pháp như chụp MSCT, MRI toàn thân, PET với FDG ...

** **Câu hỏi lâm sàng 8:** Giá trị của chụp cộng hưởng từ với thuốc tương phản đặc hiệu EOB - MRI (Primovist) trong chẩn đoán UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 8:** Chụp CT có tiêm thuốc cản quang và chụp MRI là biện pháp tốt song chưa đủ độ nhạy và có thể dẫn đến một số lượng lớn bệnh nhân sinh thiết gan không cần thiết. EOB - MRI (Primovist) là phương pháp cộng hưởng từ với thuốc tương phản đặc hiệu có độ nhạy cao giúp phát hiện sớm UTBMTBG, kể cả khi khối

u có kích thước nhỏ. Với các bệnh nhân phát hiện có nốt mới trên siêu âm và xét nghiệm AFP tăng nên được chỉ định chụp CT có tiêm thuốc cản quang hoặc chụp MRI có cản từ và nên chụp EOB - MRI Primovist, trong đó ưu tiên chỉ định chụp EOB - MRI Primovist nếu điều kiện cho phép và nhất là khi CT có cản quang và MRI có cản từ không cho chẩn đoán xác định. EOB - MRI Primovist có độ nhạy chẩn đoán cao hơn so với MRI có cản từ và CT có cản quang giúp chẩn đoán sớm các khối u gan có kích thước nhỏ (1-2cm).

** Câu hỏi lâm sàng 9: Vai trò của trí tuệ nhân tạo (AI) hỗ trợ trong chẩn đoán sớm và chính xác ung thư biểu mô tế bào gan?*

Khuyến cáo 9. Các dữ liệu trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã chứng minh trí tuệ nhân tạo (AI) có thể hỗ trợ trong phát hiện và chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan. Đặc biệt, trí tuệ nhân tạo giúp phát hiện sớm ung thư gan (nhất là về vị trí, kích thước và thể tích) với các kết quả rất khả quan, qua đó phục vụ cho điều trị được tốt hơn (giúp lựa chọn phương pháp điều trị chính xác hơn và giảm tỷ lệ tử vong do ung thư gan). Qua nghiên cứu ở Việt Nam khi so sánh với các tiêu chuẩn vàng của lâm sàng và giải phẫu bệnh cho thấy trí tuệ nhân tạo có kết quả rất tốt (độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 97% và độ chính xác 91%) trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan.

D. Về Sinh thiết gan - Có 1 khuyến cáo hướng dẫn

** Câu hỏi lâm sàng 10: Vai trò và chỉ định của sinh thiết gan trong chẩn đoán UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 10:**

- Sinh thiết gan hoặc chọc hút kim nhỏ khối u gan được chỉ định khi tổn thương ở gan không có các tính chất hình ảnh điển hình UTBMTBG và kích thước lớn hơn 1 cm và với các trường hợp cần bằng chứng cho điều trị nhắm trúng đích.

- Nhìn chung, hiện nay, không cần thiết chỉ định sinh thiết khối u gan trong mọi trường hợp, đặc biệt là khi các dấu ấn ung thư gan và chẩn đoán hình ảnh CT/MRI rõ ràng cho việc chẩn đoán UTBMTBG.

Sinh thiết khối u gan được chỉ định khi chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bởi kỹ thuật này có biến chứng: chảy máu, nhiễm khuẩn, gieo rắc tế bào ung thư theo đường đi của kim sinh thiết (1-3% trường hợp). Nếu sinh thiết dương tính sẽ cho chẩn đoán xác định UTBMTBG. Nếu sinh thiết âm tính sẽ khuyến cáo thăm khám lại bằng chẩn đoán hình ảnh, thậm chí sinh thiết lại sau khoảng thời gian 2-3 tháng. Sinh thiết các tổn thương nhỏ cần được đánh giá bởi các chuyên gia bệnh học. Ngay cả khi kết quả mô bệnh học qua sinh thiết gan không chứa bất kỳ tế bào ung thư, cũng không thể loại trừ ung thư và cho rằng khối u là lành tính.

E. Về Giai đoạn bệnh - Có 1 khuyến cáo hướng dẫn

*** Câu hỏi lâm sàng 11:** *Đánh giá giai đoạn bệnh trong UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 11:** Đánh giá giai đoạn bệnh trong UTBMTBG cần căn cứ vào nhiều yếu tố: đặc điểm khối u, chức năng gan và tổng trạng của bệnh nhân. Bảng phân loại giai đoạn UTBMTBG của Hiệp hội Quốc tế UTBMTBG ở Barcelona (BCLC) để tham khảo có dựa vào đặc điểm khối u, chức năng gan với các mức phân loại giai đoạn Rất sớm - 0 (có 1 khối u gan kích thước $< 2\text{cm}$, chưa có hạch và di căn, Child Pugh A, toàn trạng BN khỏe, Okuda 1 điểm và chức năng gan còn bù), giai đoạn Sớm - A (có 1 khối u với mọi kích thước hoặc $< 3\text{u}$ kích thước $< 3\text{cm}$, N0 & M0, Child Pugh A-B, BN khỏe, Okuda 1-2 điểm và chức năng gan còn bù), giai đoạn Trung gian - B (có $> 3\text{u}$ và các đặc điểm còn lại như giai đoạn Sớm), giai đoạn Tiễn xa - C (đã có xâm lấn tĩnh mạch cửa, N1 & M1, thể trạng trung bình và còn lại như giai đoạn Trung gian) và giai đoạn Cuối - D (Child Pugh C, BN yếu, Okuda 3 điểm và chức năng gan mất bù). Phân loại này để tham khảo cho lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và tiên lượng bệnh, tuy nhiên chưa thật phù hợp với khu vực châu Á.

F. Về Điều trị Đa mô thức UTBMTBG - Có 2 khuyến cáo hướng dẫn

*** Câu hỏi lâm sàng 12:** *Phương pháp điều trị Đa mô thức UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 12:** Điều trị UTBMTBG là điều trị đa mô thức có sự phối hợp chặt chẽ của các bác sỹ ngoại và nội tiêu hoá gan mật, ung thư, chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp, y học hạt nhân, xạ trị, giải phẫu bệnh, dinh dưỡng, tâm lý ... Các phương pháp gồm: phẫu thuật, can thiệp ít xâm lấn, hóa trị, xạ trị và miễn dịch trị liệu. Cụ thể hiện nay: phẫu thuật cắt gan, ghép gan, phá hủy u tại chỗ (bằng sóng cao tần - RFA, vi sóng - MWA, tiêm ethanol qua da - PEI ...), hóa tắc động mạch gan (TACE, TOCE, DEB-TACE), xạ trị (SIRT, SBRT), hóa trị hay điều trị đích, miễn dịch Trong đó việc lựa chọn được phương pháp điều trị thích hợp cho bệnh nhân với các giai đoạn khác nhau của UTBMTBG sẽ mang lại hiệu quả cao nhất:

- UTBMTBG nếu chưa di căn ngoài gan, chưa huyết khối tĩnh mạch cửa, phẫu thuật là phương pháp điều trị tốt nhất được chọn lựa nếu còn có thể cắt bỏ trọn phần gan mang khối u. Theo đó những năm gần đây, phẫu thuật nội soi cắt gan đang được áp dụng nhiều và mang lại nhiều lợi thế vì ít xâm lấn, thời gian phục hồi sau mổ nhanh và hiệu quả ung thư học tương đương với mổ mở.

- Với các khối u nhỏ hơn 3 cm, RFA hay các biện pháp hủy khối u tại chỗ là phương pháp có thể được chọn lựa thay thế.

- Trong những trường hợp không thể cắt gan được, tùy vào kích thước, số lượng khối u, chức năng gan, các phương pháp điều trị khác như hủy khối u tại chỗ, TACE hay ghép gan được chỉ định trong từng trường hợp cụ thể và cần có hội chẩn đa chuyên khoa để có quyết định điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

Điều trị đa mô thức có thể giúp giảm tỷ lệ tái phát và cải thiện tiên lượng sống. Trong đó gồm: (1) tiếp cận đa chuyên khoa, (2) phối hợp các phương pháp điều trị khác nhau, (3) sử dụng lại cùng một phương pháp điều trị, (4) sử dụng lần lượt các phương pháp điều trị khác nhau, (5) Việc chỉ định điều trị dựa trên tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân, ý kiến hội chẩn đa chuyên khoa và tham khảo các hướng dẫn điều trị phù hợp.

Có thể tham khảo ứng dụng phác đồ của Hội Gan mật châu Á - Thái Bình Dương (APASL) theo các giai đoạn của BCLC: Giai đoạn

Rất sớm (0): *Hủy khối u, Cắt gan, Ghép gan*; Giai đoạn Sớm (A): *Cắt gan hoặc Hủy khối u, Ghép gan*; Giai đoạn Trung gian (B): *TACE, SIRT, Xạ trị*; Giai đoạn Tiến xa (C): bước một có *Atezolizumab phối hợp Bevacizumab, Sorafenib, Lenvatinib*, bước hai có *Regorafenib, Pembrolizumab...*; Giai đoạn cuối (D): *Chăm sóc giảm nhẹ*. Nhìn chung với mô hình hội chẩn, kết nối đa chuyên khoa và điều trị đa mô thức cho bệnh nhân UTBMTBG, nhất là với các ca bệnh khó, nhiều bệnh lý phối hợp giúp cho bệnh nhân được điều trị toàn diện và đúng phương pháp với hiệu quả tối ưu nhất.

*** Câu hỏi lâm sàng 13:** *Phối hợp đa chuyên khoa trong điều trị UTBMTBG và hướng tới phương pháp tích hợp toàn bộ điều trị UTBMTBG (holistic integrative management of HCC)?*

*** Khuyến cáo số 13:** Phối hợp đa chuyên khoa giúp tập hợp nhiều chuyên ngành bao gồm nội khoa ung thư, ngoại khoa ung thư hoặc phẫu thuật gan mật, điện quang chẩn đoán và điện quang can thiệp, giải phẫu bệnh, nội tiêu hóa, truyền nhiễm, y học hạt nhân, xạ trị, dinh dưỡng, tâm lý và các chuyên ngành khác mà bệnh nhân có mắc bệnh lý phối hợp. Với hội đồng hội chẩn đa chuyên khoa này (thường do nhóm bác sỹ chuyên ngành ung thư sẽ là người điều phối hoạt động của cả nhóm). Với sự phối hợp này giúp mang lại hiệu quả rõ rệt nhất là với các ca bệnh khó, nhiều bệnh lý phối hợp. Sự quy tụ trí tuệ tập thể đã mang lại hiệu quả tối ưu nhất cho người bệnh. Trong các khuyến cáo vừa qua về ung thư biểu mô tế bào gan của Việt Nam đã đề cập nhiều đến phối hợp đa chuyên khoa để điều trị đa mô thức (*multidisciplinary treatment*) và sẽ tiến tới phương pháp tích hợp toàn bộ điều trị UTBMTBG (*holistic integrative management of HCC*).

G. Về Phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG - Có 9 khuyến cáo hướng dẫn

*** Câu hỏi lâm sàng 14:** *Các đánh giá trước mổ nhằm lựa chọn bệnh nhân phẫu thuật cắt gan?*

*** Khuyến cáo số 14:**

- Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị có khả năng triệt căn với UTBMTBG với tiên lượng sống thêm toàn bộ 5 năm nói chung từ 50-70%. Trước mổ phẫu thuật cắt gan cần đánh giá tính khả thi về kỹ thuật (có cắt bỏ được không?), đánh giá tình trạng bệnh nhân (nhất là về thể trạng bệnh nhân, chức năng gan và thể tích gan còn lại để bảo tồn), đồng thời phải có tiên lượng về ung thư (khả năng tái phát cao không?).

Hội chẩn liên chuyên khoa: Lưu ý đánh giá về giai đoạn bệnh, chức năng gan và thể tích phần gan còn lại.

- Để chọn lựa bệnh nhân phù hợp cần chỉ định đúng theo các hướng dẫn (chú ý hướng dẫn BCLC chưa thật phù hợp với khu vực châu Á), đánh giá chính xác chức năng tế bào gan, tình trạng tăng áp tĩnh mạch cửa và dự kiến mức độ cắt gan hợp lý với thể tích gan để lại phù hợp. Luôn cân nhắc hài hoà giữa “Sự An toàn của bệnh nhân và Hiệu quả điều trị ung thư”. Cần chú ý để lại đủ gan bảo tồn (dựa vào hình ảnh CT và MRI của bệnh nhân) để tránh suy gan sau mổ. Nhìn chung, hiện nay với xu hướng mở rộng “cố gắng mổ cắt gan khi còn có thể mổ được”, song lưu ý phải đảm bảo an toàn.

- Các tiêu chuẩn đề xuất để chọn lựa bệnh nhân phẫu thuật bao gồm: (1) Chưa có di căn xa; (2) Chưa có huyết khối tĩnh mạch cửa (nhánh chính hoặc lan tỏa); (3) Child Pugh A, B; (4) Các xét nghiệm Tiểu cầu $\geq 100\ 000/\text{ml}$ và Bilirubin $\leq 1,2\ \text{mg/dl}$; (5) Tĩnh mạch thực quản chưa giãn hay giãn độ 1 và độ 2; (6) Thể tích gan bảo tồn / Thể tích gan toàn bộ $\geq 30\%$ (với gan lành) và $\geq 40\%$ (với gan bệnh lý). Nếu không đủ thể tích gan bảo tồn: có thể thực hiện Thuyên tắc tĩnh mạch cửa (PVE) phải hoặc Phẫu thuật cắt gan 2 thì (ALPPS). Các phương pháp khác có thể tham khảo như: PVE + TAE (tắc động mạch gan); PVE + HVE (thuyên tắc tĩnh mạch gan)...

*** Câu hỏi lâm sàng 15:** Đánh giá chức năng gan trước mổ cắt gan do UTBMTBG?

*** Khuyến cáo số 15:** Đánh giá chức năng gan trước mổ với thang điểm Child-Pugh (gồm Albumin và Bilirubin máu, INR, bệnh não

gan và bàng bụng), đặc biệt là ở các nơi có điều kiện nên sử dụng xét nghiệm đánh giá độ thanh lọc ICG (IndoCyanine Green) đang được chấp nhận, sử dụng rộng rãi. Sử dụng đánh giá chức năng gan trước phẫu thuật với ICG là kỹ thuật có giá trị giúp tránh biến chứng suy gan sau phẫu thuật cắt gan.

*** Câu hỏi lâm sàng 16:** *Vị trí của phẫu thuật mở cắt gan giải phẫu có kiểm soát cuống gan ngoài bao Glisson ngả sau trong UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 16:** Hiện nay, cắt gan giải phẫu theo kiểu tiếp cận ngoài bao Glisson ngả sau được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị UTBMTBG. Với kỹ thuật cắt gan theo giải phẫu của Takasaki: phẫu thuật viên có thể phẫu tích riêng biệt ba cuống Glisson của phân thùy phải, phân thùy giữa và phân thùy trái ngay tại rốn gan. Với kiểm soát cuống gan theo kỹ thuật này cho phép phẫu tích và kiểm soát riêng biệt cuống Glisson của phân thùy sau (gồm các hạ phân thùy 6 và 7), phân thùy trước (gồm các hạ phân thùy 5 và 8) và gan trái (gồm các hạ phân thùy 2, 3 và 4). Các ưu điểm của kỹ thuật như thực hiện một cách dễ dàng nhanh chóng, an toàn và triệt để về mặt ung thư học.

*** Câu hỏi lâm sàng 17:** *Vị trí của phẫu thuật nội soi ít xâm hại trong cắt gan 2 thì (ALPPS)?*

*** Khuyến cáo số 17:** Các trường hợp UTBMTBG có chỉ định cắt gan lớn nhưng thể tích phần gan để lại không cho phép cắt gan. Các trường hợp này được làm phi đại gan bằng kỹ thuật chia đôi nhu mô gan và thắt tĩnh mạch cửa bằng phẫu thuật nội soi (Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy - ALPPS). Nhìn chung phẫu thuật ALPPS giúp làm tăng thể tích gan nhanh và hiệu quả. Đây là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, an toàn, mở ra cơ hội điều trị cho bệnh nhân cần cắt gan lớn điều trị ung thư gan.

*** Câu hỏi lâm sàng 18:** *Lưu ý kỹ thuật cắt gan ba hạ phân thùy 5-7-8 sử dụng kỹ thuật treo gan cải tiến trong ung thư biểu mô tế bào gan phải với kích thước lớn kèm xâm lấn tĩnh mạch gan phải?*

*** Khuyến cáo số 18:** Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) kèm xâm lấn tĩnh mạch gan thường gây ra nhiều khó khăn cho phẫu thuật, đặc biệt khi cần phải đảm bảo thể tích phần gan bảo tồn. Phẫu thuật cắt gan ba hạ phân thùy 5-7-8 là một cách tiếp cận khả thi, giúp tiết kiệm nhu mô gan trong một số trường hợp cần thiết. Trong phẫu thuật lưu ý diện cắt gan được thực hiện theo hai bước: diện cắt thứ nhất giữa gan phải - gan trái, diện cắt thứ hai giữa hạ phân thùy 6 và 7 dựa theo diện thiếu máu của hạ phân thùy 7 sau khi đã được thắt chọn lọc cuống Glisson. Kỹ thuật treo gan được áp dụng trong mổ giúp định hướng diện cắt, đặt biệt ở các vị trí sâu. Nhìn chung, cắt gan ba hạ phân thùy 5-7-8 kết hợp kỹ thuật treo gan cải tiến là phương pháp an toàn, thuận lợi cho phẫu thuật đặc biệt các trường hợp khối u lớn, cần phải bảo tồn thể tích gan còn lại.

*** Câu hỏi lâm sàng 19:** *Chỉ định, hiệu quả và lưu ý của phương pháp nút tĩnh mạch cửa kết hợp nút tĩnh mạch gan đồng thời (Liver venous deprivation - LVD) làm phì đại gan trước phẫu thuật cắt gan lớn?*

*** Khuyến cáo số 19:** Phương pháp đồng thời nút tĩnh mạch cửa (PVE là phương pháp phì đại gan tiêu chuẩn) kết hợp nút tĩnh mạch gan (HVE nhằm chặn dòng máu dẫn lưu ra khỏi gan) nhằm giúp tăng đáng kể tốc độ và mức độ phì đại gan trước phẫu thuật cắt gan lớn. Từ đó rút ngắn được thời gian chờ đợi phẫu thuật và giảm nguy cơ khối u tiến triển. Nhìn chung đây là phương pháp ít xâm lấn an toàn và khả thi làm tăng thể tích gan phần dự kiến còn lại (*future liver remnant - FLR*) trước phẫu thuật góp phần mở rộng chỉ định cắt gan và giảm tỷ lệ suy gan sau phẫu thuật. Lưu ý kỹ thuật PVE cần luôn được thực hiện trước khi làm HVE dưới hướng dẫn của siêu âm.

*** Câu hỏi lâm sàng 20:** *Hiệu quả và ưu điểm của phẫu thuật nội soi cắt gan?*

*** Khuyến cáo số 20:** Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gan có tính khả thi và an toàn trong điều trị UTBMTBG, nhất là các loại cắt gan đơn giản (thùy trái bên, các hạ phân thùy ngoại vi) và các loại cắt gan

lớn theo giải phẫu với tỷ lệ thành công là trên 95%, tỷ lệ biến chứng chung là 5%, không có tử vong trong thời gian nằm viện, lượng máu mất trong mổ là khoảng 100 ml. Đồng thời đây là phẫu thuật ít xâm hại giúp phục hồi nhanh sau mổ và nằm viện. Phẫu thuật này mang lại hiệu quả cao cả về mặt ung thư học. Các cơ sở mới triển khai ban đầu nên áp dụng PTNS cắt gan đơn giản, tránh tổn thương mạch máu lớn khi cắt khối u ở hạ phân thủy 5, khi tiên lượng mất máu nghiêm trọng nên chuyển mổ mở sớm và nên kiểm soát cuống Glisson ngoài bao. PTNS cắt gan có thể tiến hành an toàn với các khối u gan lớn có kèm theo xơ gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa khi được chỉ định chọn lọc và với phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

** **Câu hỏi lâm sàng 21:** Ứng dụng huỳnh quang ICG trong phẫu thuật cắt gan trong UTBMTBG?*

** **Khuyến cáo số 21:** Để xác định rõ ranh giới trong nhu mô gan được rõ ràng dùng chất nhuộm màu huỳnh quang ICG. Có thể dùng tiêm **trực tiếp** (positive staining) ICG dưới hướng dẫn của siêu âm (trong mổ) bơm vào nhánh tĩnh mạch cửa hạ phân thủy gan, phân thủy gan chứa khối u cần cắt bỏ. Khi đó toàn bộ vùng gan cần cắt bỏ sẽ hiện màu xanh lá dưới ánh sáng cận hồng ngoại. Nhìn chung hình ảnh huỳnh quang ICG cho thấy rõ ranh giới các phân thủy gan trong mổ mở hoặc mổ nội soi cắt gan theo giải phẫu với phương pháp trực tiếp khi có trợ giúp đồng thời của siêu âm trong mổ.*

Ở Việt Nam hiện nay thường áp dụng phương pháp nhuộm **gián tiếp** (negative staining) trong mổ (thông qua thiết bị cảm biến - sensor) sau khi kẹp clamp cuống Glisson của phần gan cần cắt bỏ rồi tiêm dung dịch ICG (với liều 2,5mg hoặc 0,05mg/kg thể trọng) vào tĩnh mạch ngoại vi thì sau vài phút thuốc sẽ ngấm vào phần gan để lại và sẽ hiện màu xanh lá ở đó (trong mổ nội soi sẽ qua chế độ nhận diện huỳnh quang ICG của camera). Theo gianh giới của huỳnh quang ICG sẽ cắt nhu mô gan không có màu xanh lá và phần gan để lại là có màu xanh lá của ICG (*hình ảnh huỳnh quang ICG thấy đường ranh giới rõ ràng và cho phép xác định các mặt phẳng giữa*

các hạ phân thùy, vùng gan mang khối u trở thành vùng không phát huỳnh quang trong quá trình cắt nhu mô gan). Cần chú ý việc kiểm soát tốt cường độ Glisson của vùng gan cắt bỏ là rất quan trọng để giúp việc cắt gan theo đúng giải phẫu và tăng tỷ lệ triệt căn hơn.

*** Câu hỏi lâm sàng 22:** Lợi ích của ứng dụng đo độ thanh lọc ICG của tế bào gan (ICG R15) và đo thể tích gan dự kiến còn lại trong phẫu thuật cắt gan? Giá trị của ICG R15 trong đánh giá trước và sau phẫu thuật cắt gan?

*** Khuyến cáo số 22:**

- Kết hợp đo độ thanh thải ICG của tế bào gan (ICG R15) và đo thể tích gan dự kiến còn lại giúp tăng độ an toàn cho bệnh nhân phẫu thuật cắt gan. ICG-R15 $\geq 10\%$ là 1 trong 3 yếu tố độc lập liên quan với suy gan sau phẫu thuật cắt gan. Nguy cơ suy gan sau phẫu thuật cắt sẽ giảm đi khi độ thanh thải ICG của tế bào gan (ICG R15) $\leq 10\%$ và thể tích gan dự kiến còn lại $\geq 30\%$ so với thể tích gan chuẩn.

- ICG-R15 an toàn và dễ thực hiện trước phẫu thuật cắt gan giúp dự kiến mức độ cắt gan. ICG-R15 giúp đánh giá diễn tiến suy gan sau phẫu thuật cắt gan, góp phần đánh giá kết quả của điều trị suy gan.

H. Về Ghép gan điều trị UTBMTBG - Có 8 khuyến cáo hướng dẫn

*** Câu hỏi lâm sàng 23:** Chỉ định của ghép gan trong UTBMTBG?

*** Khuyến cáo số 23:** Ghép gan được chỉ định trong UTBMTBG khi các phương pháp điều trị khác không có kết quả và chưa có xâm lấn di căn ra ngoài gan. Với các bệnh nhân UTBMTBG và có xơ gan thì ghép gan là sự lựa chọn đúng đắn vì chỉ duy nhất có phương pháp ghép gan là có khả năng điều trị cả 2 bệnh UTBMTBG và xơ gan. Hiện nay, ghép gan là biện pháp điều trị tốt nhất cho UTBMTBG và là chỉ định phổ biến nhất. Ghép gan giúp làm tăng thời gian sống thêm ($>80\%$ sau 5 năm) và giảm tái phát so với cắt gan ở UTBMTBG. Nhìn chung, khi ở mức Child A thì kết quả của phương pháp ghép gan là so sánh ngang bằng hoặc tốt hơn so với mổ cắt gan.

*** Câu hỏi lâm sàng 24:** Chọn lựa bệnh nhân trong ghép gan do UTBMTBG?

*** Khuyến cáo số 24:** Nhìn chung, tiêu chuẩn ghép gan do UTBMTBG sẽ quan tâm đến: số lượng u, kích thước u, chất chỉ điểm khối u (AFP, AFP-L3, DCP) hay các dấu hiệu khác như âm tính trên chụp PET ... Đồng thời cần đảm bảo tỉ lệ sống 5 năm sau ghép tối thiểu > 50%. Lựa chọn bệnh nhân chủ yếu theo tiêu chuẩn Milan (có 1 khối u gan $\leq 5\text{cm}$ hoặc ≤ 3 khối u, trong đó khối lớn nhất $\leq 3\text{cm}$) hoặc các tiêu chuẩn khác mở rộng hơn như tiêu chuẩn Up-to-7 (số lượng u và kích thước u lớn nhất ≤ 7). Tiêu chuẩn Kyoto với ≤ 10 khối u, khối u $\leq 5\text{cm}$ và xét nghiệm DCP $\leq 400\text{mAU/ml}$ giúp đạt gần 90% số bệnh nhân có thời gian sống thêm sau ghép gan ≥ 5 năm. Tham khảo thêm tiêu chuẩn của Nhật Bản với quy tắc 5-5-500 (với kích thước u $\leq 5\text{cm}$, số lượng u ≤ 5 , AFP $\leq 500\text{ ng/ml}$). Nhìn chung: Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân dựa trên sự chọn lọc các dấu ấn sinh học sẽ giúp giảm thấp nguy cơ tái phát ung thư sau ghép.

- **Tiêu chuẩn đề xuất:** Số lượng u bất kỳ, kích thước u $\leq 5\text{ cm}$; Không thể phẫu thuật triệt căn (Chức năng gan Child B, C hoặc u lan toả 2 thùy); AFP $< 500\text{ ng/ml}$ hoặc DCP $\leq 500\text{mAU/ml}$ trước ghép, đáp ứng một phần với điều trị tại chỗ (AFP không tăng hoặc giảm khi điều trị).

*** Câu hỏi lâm sàng 25:** Thời điểm thực hiện ghép gan do UTBMTBG?

*** Khuyến cáo số 25:** Thời điểm ghép gan do UTBMTBG: nên tiến hành ghép sớm khi nằm trong tiêu chuẩn nêu trên (xem Khuyến cáo số 21). Với các trường hợp ở ngoài tiêu chuẩn: trước khi ghép gan, bệnh nhân thường được điều trị bằng các biện pháp như TACE, RFA, MWA, PEI, SIRT, SRBT, cắt gan ... để hạ giai đoạn bệnh hoặc bệnh không tiến triển.

- Nhìn chung, bệnh nhân UTBMTBG nên được điều trị tại chỗ - vùng (loco-regional treatment) trong khi chờ ghép, thời gian chờ ghép nên trong khoảng 6-9 tháng. Nếu có điều kiện nên ghép sau 3

tháng với ghép gan từ người cho sống (LDLT) và ghép gan sớm nhất có thể với ghép gan từ người cho chết não (DDLT).

*** Câu hỏi lâm sàng 26:** Lưu ý kỹ thuật ghép gan ở người lớn do UTBMTBG lấy từ người hiến sống?

*** Khuyến cáo số 26:** Ghép gan ở người lớn lấy từ người hiến sống thì chủ yếu là lấy mảnh ghép gan phải. Trong đó lưu ý cần đánh giá chung và huyết khối tĩnh mạch cửa trước ghép, tạo hình tốt miệng nối tĩnh mạch gan, nhất là tĩnh mạch gan giữa giúp tránh hẹp miệng nối tĩnh mạch gan và ứ máu mảnh ghép. Nối tốt tĩnh mạch gan và nhất là tạo hình khâu nối tốt động mạch gan cải thiện chất lượng mảnh ghép và thời gian sống thêm sau ghép.

Nhìn chung những lưu ý khi mổ ở bệnh nhân UTBMTBG: tránh nhiều nhất có thể làm xoắn vặn vùng tĩnh mạch gan giữa bởi vì dễ bị mảnh ghép thiếu hụt và viêm do nghẽn mạch rồi sẽ dễ tái phát khối u gan. Nên áp dụng kỹ thuật không đụng chạm khi cắt bỏ gan ở người nhận để giảm phát tán các tế bào ung thư vào tuần hoàn máu chung.

*** Câu hỏi lâm sàng 27:** Ứng dụng phẫu thuật nội soi trong lấy gan từ người hiến sống để ghép gan do UTBMTBG?

*** Khuyến cáo số 27:** Ứng dụng phẫu thuật nội soi lấy gan từ người hiến sống để ghép gan do UTBMTBG là xu thế tất yếu với phẫu thuật ít xâm lấn có đường mổ nhỏ với tính thẩm mỹ, mất máu ít hơn, nhanh phục hồi nhu động ruột, giảm ngày nằm điều trị và cải thiện chức năng miễn dịch. Cần thông báo rõ cho bệnh nhân và gia đình về kỹ thuật này trước mổ.

*** Câu hỏi lâm sàng 28:** Biến chứng sau mổ ghép gan do UTBMTBG?

*** Khuyến cáo số 28:** Biến chứng sau mổ ghép gan gặp từ 20-30%. Chú ý các biến chứng tắc động mạch gan, hẹp tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ. Lưu ý hay gặp biến chứng rò mật (thường xảy ra sớm) và hẹp đường mật (xảy ra muộn) gây nhiễm khuẩn nặng. Chẩn đoán hình ảnh, điện quang can thiệp và nội soi can thiệp đóng vai

trò quan trọng chẩn đoán sớm và xử trí các biến chứng mạch máu, đường mật sau ghép gan, giảm nguy cơ tử vong và ghép lại. Đặc biệt với biến chứng đường mật có tỷ lệ thành công cao tới 96%, mà hay gặp là nông và đặt stent đường mật qua ERCP do hẹp đường mật.

*** Câu hỏi lâm sàng 29:** *Các xét nghiệm giám sát sau ghép gan do UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 29:** Trong vòng 3 năm đầu sau ghép gan do UTBMTBG cần tiến hành giám sát bằng các xét nghiệm AFP, AFP-L3 và DCP trong mỗi 3 tháng sau ghép, kiểm tra chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc cộng hưởng từ (MRI) vùng bụng chậu trong mỗi 6 tháng cho các trường hợp có xét nghiệm AFP tăng. Có thể kiểm tra thêm CT hoặc MRI vùng ngực và xương. Cân nhắc chụp PET-CT để tầm soát tổn thương di căn. Nếu chưa phát hiện tổn thương thì nên rút ngắn thời gian tái khám (để kiểm tra) còn 2 tháng. Sau mổ, việc theo dõi tái phát UTBMTBG là rất ý nghĩa. Sau khi phát hiện tái phát nên sinh thiết lỏng (liquid biopsy) sẽ cung cấp các thông tin để có chiến thuật điều trị thích hợp.

*** Câu hỏi lâm sàng 30:** *Chiến lược trong tầm soát tối ưu sau ghép gan do UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 30:** Trọng tâm của chiến lược này là kết hợp giữa nồng độ AFP và PIVKA-II trước ghép và tốc độ “bình thường hóa” của các dấu ấn khối u sau ghép. Việc các dấu ấn khối u trở về mức bình thường nhanh (trong vòng 4–6 tuần) có tương quan với việc cải thiện nguy cơ tái phát và tiên lượng sống toàn bộ; ngược lại, sự bình thường hóa chậm làm tăng đáng kể nguy cơ tái phát. Đối với nhóm nguy cơ cao, nên theo dõi định kỳ mỗi 2–3 tháng. Trong khi đó, nhóm nguy cơ thấp có thể được theo dõi an toàn bằng hình ảnh học mỗi 6 tháng, trừ khi xuất hiện dấu hiệu tăng của các dấu ấn khối u. Các công nghệ mới như sinh thiết lỏng - bao gồm các DNA khối u lưu hành trong máu (ctDNA), tế bào khối u lưu hành (CTCs), và phân tích microRNA - cho thấy tiềm năng trong việc phát hiện sớm và

chính xác hơn các tình trạng tồn dư khối u trong cơ thể giúp cải thiện tiên lượng và kết quả điều trị cho bệnh nhân HCC được ghép gan.

I. Về Can thiệp qua da điều trị UTBMTBG bằng Sóng cao tần (RFA) và Vi sóng (MWA) - Có 3 khuyến cáo hướng dẫn

*** Câu hỏi lâm sàng 31:** *Đặc điểm, chỉ định và yếu tố ảnh hưởng Can thiệp qua da điều trị UTBMTBG bằng RFA và MWA?*

*** Khuyến cáo số 31:** Điều trị UTBMTBG bằng Sóng cao tần và Vi sóng là các biện pháp điều trị triệt để, có hiệu quả tốt với UTBMTBG giai đoạn sớm với cơ chế phá hủy tại chỗ khối u bằng nhiệt. Đây là những can thiệp ít xâm lấn và đa số được thực hiện qua da dưới hướng dẫn của siêu âm.

- Can thiệp qua da (RFA và MWA) được chỉ định cho các trường hợp u gan giai đoạn sớm ($u \leq 3\text{cm}$) nhưng không phù hợp cho phẫu thuật cắt gan (ví dụ các trường hợp có xơ gan tăng áp lực tĩnh mạch cửa). Với các khối u từ 3-5cm nên phối hợp RFA với TACE.

- Có nhiều yếu tố khác nhau (*chỉ dấu viêm gan virus, mức độ AFP, số lượng u, kích thước u*) phối hợp ảnh hưởng đến tái phát và thời gian sống thêm không bệnh (DFS) sau phá hủy (đốt) u gan tại chỗ để điều trị UTBMTBG bằng RFA và MWA. Cần phải theo dõi sát sau phá hủy (đốt) u gan tại chỗ để cải thiện hiệu quả điều trị.

*** Câu hỏi lâm sàng 32:** *Hiệu quả điều trị UTBMTBG bằng Sóng cao tần (RFA)?*

*** Khuyến cáo số 32:**

- Hiệu quả điều trị UTBMTBG bằng sóng cao tần cho thấy có cải thiện triệu chứng lâm sàng ở gần 70%, đáp ứng AFP ở trên 70% số có tăng xét nghiệm này trước điều trị và đáp ứng khối u tại thời điểm từ 1- 6 tháng là khoảng 90%. Với phương pháp này có thời gian sống thêm được cải thiện.

- Can thiệp phá hủy khối u qua da cho hiệu quả sống còn và tỷ lệ tái phát tương tự như phẫu thuật cắt gan, đặc biệt cho các trường hợp u gan $\leq 3\text{cm}$. RFA có thể được lựa chọn như là một phương pháp điều

trị triệt căn bước 1, thay thế cho phẫu thuật cắt gan đối với các trường hợp UTBMTBG kích thước $u < 3\text{cm}$, một khối u và chức năng gan còn tốt. Chỉ định có thể mở rộng cho các trường hợp u gan $> 3\text{ cm}$ và không thể mổ được sẽ được điều trị kết hợp TACE với RFA.

** **Câu hỏi lâm sàng 33:** Kết quả điều trị UTBMTBG bằng Vi sóng (MWA)?*

** **Khuyến cáo số 33:*** Phương pháp điều trị bằng Vi sóng giúp phá hủy u hoàn toàn sau 1 lần hoặc 2 lần làm MWA. Thời gian sống thêm có nhiều cải thiện. Thời gian sống thêm không bệnh 1 năm gần 80%. Nhìn chung, phương pháp MWA tương đương RFA và MWA ưu việt ở khối u lớn.

K. Về Điều trị UTBMTBG bằng Nút mạch (TACE) - Có 5 khuyến cáo hướng dẫn

** **Câu hỏi lâm sàng 34:** Chỉ định điều trị UTBMTBG bằng phương pháp can thiệp nội mạch (TACE) và TACE siêu chọn lọc?*

** **Khuyến cáo số 34:***

- TACE (Transcatheter Arterial Chemo-Embolization) là phương pháp xâm lấn tối thiểu kết hợp bơm hoá chất điều trị vào vi động mạch nuôi khối u gan làm tắc mạch máu khối u và thiếu máu khối u dần dần bị hoại tử và co nhỏ. Đây là điều trị tạm thời và là liệu pháp điều trị chuẩn cũng là lựa chọn chỉ định hàng đầu cho UTBMTBG giai đoạn trung gian (BCLC- B), ngoài ra là các khối u gan kích thước lớn, nhiều ổ hoặc điều trị thu nhỏ kích thước khối u trước phẫu thuật/ chờ ghép gan hoặc kết hợp với thuốc điều trị toàn thân trong HCC giai đoạn tiến triển. Có nhiều kỹ thuật can thiệp nội mạch gồm: tắc mạch hóa dầu (TOCE), hóa tắc mạch sử dụng hạt vi cầu tải hóa chất (DEB-TACE) để giảm độc tính toàn thân của hoá chất sau nút mạch và tăng thời gian giữ hoá chất tại khối u giúp nâng cao hiệu quả tiêu diệt khối u.

- Triển khai Can thiệp Siêu chọn lọc (Supers elective TACE) với đưa ống thông catheter tới nhánh động mạch nuôi u nhỏ nhất, giúp xác định chính xác động mạch nuôi khối u và làm tăng tỷ lệ đáp ứng

hoàn toàn sau TACE để có thể đạt triệt căn như phẫu thuật, RFA, MWA và giúp giảm tác dụng phụ, ít ảnh hưởng tới chức năng gan sau TACE. Nhìn chung, TACE siêu chọn lọc chủ yếu áp dụng cho khối u <5cm. TACE triệt căn (curative TACE) được áp dụng cho cả các khối u ở giai đoạn BCLC-A.

- Làm TACE nhiều lần có hoặc không phối hợp với phẫu thuật hay đốt u vẫn đem lại hiệu quả kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ cho các bệnh nhân UTBMTBG không phẫu thuật được.

*** Câu hỏi lâm sàng 35:** *Các bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian (BCLC- B) không phù hợp với TACE và điều trị những bệnh nhân này?*

*** Khuyến cáo số 35:**

- Các bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian (BCLC-B) không phù hợp với TACE nếu có 1 trong các tiêu chí dưới đây:

+ Khả năng cao trở nên kháng trị với TACE khi nằm ngoài tiêu chí 7 điểm Up-to-7 với số tổn thương và kích thước tổn thương lớn nhất (cm) ≥ 7 .

+ Nguy cơ suy giảm chức năng gan xuống Child-Pugh B sau TACE, đặc biệt là có tổn thương ở cả 2 thùy.

+ Nguy cơ không đáp ứng với TACE do u lớn hoặc thâm nhiễm, kém biệt hóa hoặc đổi dạng sarcoma sau TACE

- Điều trị cho những bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian (BCLC-B) không phù hợp với TACE:

+ Những bệnh nhân BCLC-B không phù hợp với TACE nên được điều trị bước 1 bằng thuốc nhắm đích (TKIs) có tỷ lệ đáp ứng cao. Các thuốc được chấp thuận bao gồm: Atezolizumab phối hợp với Bevacizumab, Sorafenib hoặc Lenvatinib.

+ Việc điều trị trước bằng Sorafenib hoặc Lenvatinib, sau đó sử dụng TACE chọn lọc có thể mang lại lợi ích cho bệnh nhân dựa trên cơ chế tác dụng hiệp đồng của 2 phương pháp. Cần có hội chẩn đa chuyên khoa đánh giá tình trạng bệnh nhân để xác định thời gian thích hợp chuyển đổi sang điều trị thay thế.

+ Nên phối hợp TACE với điều trị toàn thân ở các bệnh nhân HCC kích thước lớn, nhiều khối, không phù hợp TACE.

+ Nút mạch xạ trị trong chọn lọc (SIRT) có thể là lựa chọn điều trị triệt căn

*** Câu hỏi lâm sàng 36:** *Tiêu chuẩn thất bại/ kháng trị UTBMTBG với phương pháp nút mạch và điều trị sau kháng TACE?*

*** Khuyến cáo số 36:**

- TACE kháng trị: Không đáp ứng sau >3 lần TACE trong vòng 6 tháng, khi tổn thương u >50% hoặc đã 2 lần hoặc nhiều hơn điều trị bằng TACE không đáp ứng.

- Khái niệm kháng trị với TACE: (có một trong các tiêu chí dưới đây)

- Thải sạch lipiodol ở giai đoạn sớm
- Xuất hiện khối u di căn mới trong gan
- Lắng đọng không tốt vật liệu nút mạch (Lipiodol) trong khối u nên còn tăng sinh mạch u trên các phim chụp có tiêm đối quang (CT, MRI, siêu âm cản âm ...)
- Huyết khối tĩnh mạch cửa sau khi làm TACE
- Không thể luôn vi ống thông vào mạch máu cần thiết để gây tắc mạch
- Dấu ấn ung thư (AFP) tiếp tục tăng. Tại các trung tâm lớn có thể sử dụng thêm AFP-L3, DCP
- Chức năng gan suy giảm nhanh sau khi can thiệp
- Xuất hiện di căn ngoài gan

*** Câu hỏi lâm sàng 37:** *Điều trị sau kháng TACE và chuyển đổi điều trị từ TACE sang điều trị SIRT hoặc bằng truyền hoá chất động mạch (Hepatic Artery Infusion Chemotherapy - HAIC)?*

*** Khuyến cáo số 37:** Nếu tiếp tục TACE sau khi bệnh nhân đã kháng trị với TACE có thể ảnh hưởng xấu đến chức năng gan.

- Điều trị sau kháng TACE với các thuốc nhắm đích (TKIs) có tỷ lệ đáp ứng cao như Sorafenib, Lenvatinib, Regorafenib ... nên được

cần nhắc ngay sau khi thất bại với TACE (thường sau hai lần làm TACE không hiệu quả). Tuy nhiên, các thuốc TKIs chỉ được chỉ định trên các bệnh nhân có chức năng gan tốt với Child-Pugh A.

- Chuyển đổi điều trị từ TACE sang điều trị SIRT với UTBMTBG giai đoạn BCLC-B khi có yếu tố dự báo TACE không hiệu quả hoặc UTBMTBG giai đoạn tiến xa (BCLC-C) có huyết khối tĩnh mạch cửa phân nhánh hoặc nhánh.

- Khi chẩn đoán kháng TACE: nếu là giai đoạn BCLC-A thì điều trị toàn thân, nếu là BCLC-B, BCLC-C thì có thể lựa chọn thay thế bằng HAIC. Lưu ý thêm khi điều trị cho bệnh nhân HCC (có khối u lớn hơn 7 cm, không có xâm lấn mạch máu hay di căn) bằng HAIC với phác đồ FOLFOX và so với TACE thì tỷ lệ đáp ứng và sống thêm toàn bộ của nhóm điều trị bằng HAIC sẽ cao hơn trong khi đẩy các biến chứng lại gặp nhiều hơn ở nhóm điều trị bằng TACE.

*** Câu hỏi lâm sàng 38:** Chiến lược theo dõi sau điều trị UTBMTBG bằng phương pháp nút mạch (TACE)?

*** Khuyến cáo số 38:** Sau điều trị TACE, bệnh nhân được theo dõi tại bệnh phòng 3 ngày để điều trị hội chứng sau tắc mạch, phát hiện và xử trí biến chứng sớm nếu có. Ra viện bệnh nhân được hướng dẫn điều trị nguyên nhân bệnh gan mạn tính kết hợp như sử dụng thuốc kháng virus B hoặc C, kiêng uống rượu bia và điều chỉnh lối sống phù hợp. Sau 1 tháng tái khám, đánh giá đáp ứng khối u dựa vào khám lâm sàng, xét nghiệm AFP (và AFP-L3, DCP nếu có điều kiện) huyết thanh và chụp CT hoặc MRI gan mật. Nếu khối u gan còn tăng sinh mạch thì chỉ định TACE lần 2 hoặc lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp khác. Nếu khối u gan đáp ứng hoàn toàn thì chuyển theo dõi định kỳ 3 tháng với mục tiêu theo dõi thời gian sống thêm sau điều trị, đánh giá giảm giai đoạn bệnh để chỉ định điều trị triệt căn (phẫu thuật cắt gan, ghép gan, RFA, MWA), phát hiện tái phát và di căn để chuyển đổi phương pháp điều trị phù hợp cùng với sự kết hợp của việc hội chẩn đa chuyên khoa.

L. Về Điều trị UTBMTBG bằng Nút mạch xạ trị trong chọn lọc (SIRT) và A-SIRT - Có 2 khuyến cáo hướng dẫn

** Câu hỏi lâm sàng 39: Chỉ định, hiệu quả và ưu điểm của điều trị UTBMTBG bằng phương pháp nút mạch xạ trị trong chọn lọc (SIRT) với Yttrium-90?*

*** Khuyến cáo số 39:** Chỉ định áp dụng phương pháp nút mạch xạ trị trong chọn lọc với Y-90 (SIRT) cho các bệnh nhân UTBMTBG không còn chỉ định phẫu thuật với thời gian sống toàn bộ trung bình <30 tháng. Phương pháp này tương đương với TACE nhưng ít biến chứng hơn, ít lần can thiệp, giảm thời gian nhập viện và ít tái phát hơn. Áp dụng cả khi có huyết khối nhánh tĩnh mạch cửa. Chỉ định tốt nhất cho các u gan $\leq 10\text{cm}$, 1 nguồn nuôi, không có shunt động mạch – tĩnh mạch gan, không có di căn ngoài gan, tổng trạng còn tốt, chức năng gan còn bù, shunt gan-phổi <20%, đáp ứng với xạ trị gián tiếp tiên lượng tốt.

** Câu hỏi lâm sàng 40: Chỉ định, hiệu quả và ưu điểm của điều trị UTBMTBG với phương pháp cắt bỏ phân thủy gan bằng xạ trị (radiation segmentectomy/A-SIRT)*

*** Khuyến cáo số 40:** Phương pháp A-SIRT nói trên (ablative SIRT hoặc Radioembolization) với đưa tập trung liều cao hoạt chất phóng xạ ($\geq 200\text{ Gy}$) siêu chọn lọc vào động mạch phân thủy hoặc hạ phân thủy nuôi khối u giúp tăng hiệu quả gây độc tối đa với vùng khối u và tiêu diệt khối u cùng nhu mô gan lành xung quanh khối u trong vùng mục tiêu điều trị. Phương pháp A-SIRT nên được chỉ định điều trị thay thế ở bệnh nhân UTBMTBG với 1 u đơn độc $\leq 5\text{cm}$ và chỉ nên khur trú 1-2 phân thủy không còn chỉ định phẫu thuật cắt bỏ hoặc đốt u.

M. Về điều trị UTBMTBG bằng Xạ trị chiếu ngoài và Xạ trị lập thể định vị thân - Có 2 khuyến cáo hướng dẫn

** Câu hỏi lâm sàng 41: Vị trí của Xạ trị chiếu ngoài trong điều trị UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 41:** Trong những năm gần đây, việc áp dụng các kỹ thuật xạ trị chiếu ngoài tiên tiến như xạ trị lập thể định vị thân, xạ trị proton đã cung cấp thêm một lựa chọn điều trị hiệu quả với can thiệp tối thiểu cho bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn sớm, giai đoạn trung gian và giai đoạn tiến triển. Xạ trị có thể là điều trị cầu nối cho bệnh nhân chờ ghép gan, điều trị hỗ trợ sau điều trị nút mạch hoặc kết hợp với liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch cho giai đoạn tiến triển đã có huyết khối tĩnh mạch cửa.

*** Câu hỏi lâm sàng 42:** *Vai trò của Xạ trị lập thể định vị thân (SRBT) trong điều trị UTBMTBG và việc kết hợp SBRT với TACE trong điều trị UTBMTBG giai đoạn trung gian?*

*** Khuyến cáo số 42:** Phương pháp xạ trị lập thể định vị thân giúp điều trị triệt căn những UTBMTBG không có khả năng cắt bỏ hoặc không phù hợp cho RFA/MWA. Phương pháp này giúp điều trị bắc cầu cho bệnh nhân chờ ghép gan và hỗ trợ điều trị huyết khối tĩnh mạch cửa. Phương pháp SRBT giúp điều trị UTBMTBG tồn dư sau TACE, hoặc phối hợp với Sorafenib /Lenvatinib ở bệnh nhân có BCLC-C và có xâm lấn tĩnh mạch cửa ... Đây là phương pháp ít xâm lấn và tác dụng phụ tối thiểu, có hiệu quả và an toàn trong điều trị UTBMTBG. Cần lựa chọn bệnh nhân phù hợp, trong đó lưu ý BCLC, Child-Pugh, vị trí và kích thước u, thể tích gan lành và cần tuân thủ chặt chẽ quy trình điều trị, trong đó lưu ý kiểm soát di động (ép bụng, 4DCT), lựa chọn liều SBRT theo liều gan trung bình và thể tích gan lành. Phương pháp SBRT phối hợp TACE giúp điều trị có kết quả sống thêm lâu dài cao hơn so với TACE đơn thuần cho các bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian.

N. Về điều trị UTBMTBG bằng Liệu pháp hoá chất toàn thân
- Có 1 khuyến cáo hướng dẫn

*** Câu hỏi lâm sàng 43:** *Vai trò của Liệu pháp hoá chất toàn thân trong điều trị UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 43:**

- Liệu pháp hoá chất toàn thân nên được áp dụng và cũng có hiệu quả trong những trường hợp UTBMTBG nhất định (tiến triển nhưng thể trạng khá, chức năng gan tốt, không có điều kiện dùng thuốc mới).

- Liệu pháp truyền hoá chất qua đường động mạch gan (HAIC) điều trị UTBMTBG trong nhiều trường hợp cho kết quả khá tốt và nên triển khai áp dụng. Nhìn chung HAIC phù hợp với những bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn Child-Pugh B, C.

O. Về điều trị UTBMTBG bằng Liệu pháp nhắm trúng đích và Miễn dịch - Có 2 khuyến cáo hướng dẫn

** Câu hỏi lâm sàng 44: Chỉ định, phương pháp và hiệu quả của Liệu pháp nhắm trúng đích (targeted therapy) và Miễn dịch đối với UTBMTBG giai đoạn tiến xa (BCLC-C)?*

*** Khuyến cáo số 44:**

- Liệu pháp điều trị toàn thân bước 1 và bước 2 trong UTBMTBG mang lại cơ hội tăng đáng kể thời gian sống thêm cho bệnh nhân, trong đó thuốc ức chế men tyrosine kinase (TKIs) có vai trò quan trọng. Lưu ý xu hướng phối hợp điều trị với liệu pháp miễn dịch.

- Chỉ định điều trị bước 1 cho bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn tiến xa (BCLC-C) không phù hợp hoặc có tiến triển sau điều trị nút mạch hóa chất (TACE), ở các bệnh nhân có chức năng gan còn được bảo tồn (Child-Pugh A, B) và chỉ số toàn trạng ECOG 0-1 (bệnh nhân có ít triệu chứng, có thể hoạt động thể lực nhẹ, đi lại bình thường).

- **Liệu pháp điều trị chuẩn trong bước 1 của điều trị toàn thân là** Atezolizumab (liều 1200mg) kết hợp Bevacizumab (15mg/kg) truyền tĩnh mạch mỗi 3 tuần. (Cả 2 thuốc nêu trên có sự dung nạp rất cao và độc tính thấp). Tuy nhiên, cần lưu ý một số trường hợp loại trừ như: bệnh tự miễn, đồng nhiễm HBV và HCV, giãn tĩnh mạch thực quản - dạ dày chưa được kiểm soát hoàn toàn, bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết cao; bệnh nhân có đột biến WNT/ β -catenin, hoặc

bệnh nhân xơ gan không do rượu. Cần nội soi thực quản dạ dày để đánh giá tình trạng giãn tĩnh mạch thực quản trước điều trị.

- Điều trị đích: sử dụng các thuốc phân tử nhỏ cũng được chỉ định trong điều trị bước 1. Đây là phương pháp điều trị toàn thân được sử dụng chính ở Việt Nam hiện nay:

+ Lenvatinib là một chất ức chế đa kinase dùng đường uống (với liều 12mg/ngày với người ≥ 60 kg và 8mg/ngày với người < 60 kg). Tuy nhiên, không khuyến cáo dùng Lenvatinib ở các bệnh nhân có khối u $> 50\%$ thể tích gan, huyết khối xâm lấn tĩnh mạch cửa chính, bệnh nhân Child Pugh B do dữ liệu nghiên cứu còn khá hạn chế. Các nghiên cứu pha III kết hợp Lenvatinib và Pembrolizumab, Durvalumab và Tremelimumab, Nivolumab và Ipilimumab, Atezolizumab và Cabozantinib, ... đang được tiến hành sau thành công của các nghiên cứu pha I, II.

+ Sorafenib (với liều 800 mg/ngày - chia 2 lần/ngày). Sorafenib được chỉ định ở bệnh nhân có Child-Pugh A và B.

- Liệu pháp điều trị chuẩn ở bước 2 là Lenvatinib hoặc Sorafenib nếu điều trị bước 1 với Atezolizumab và Bevacizumab. Nếu điều trị bước 1 là Lenvatinib thì Sorafenib có thể được lựa chọn điều trị bước 2. Nếu điều trị bước 1 là Sorafenib, điều trị bước 2 có thể là Regorafenib (với liều 160 mg/ngày, uống 1 lần mỗi ngày trong 3 tuần điều trị, sau đó nghỉ 1 tuần để tạo thành 1 chu kỳ 4 tuần). Liệu pháp mới thay thế cho Regorafenib ở bước 2: có thể dùng Cabozatinib (dùng liều 60 mg/ngày) cho những bệnh nhân không dung nạp với Sorafenib ở bước 1; hoặc Ramucizumab (8 mg/kg thể trọng và dùng đường tĩnh mạch, 1 chu kỳ 2 tuần) nhưng chỉ cho những bệnh nhân tiến triển sau Sorafenib và có AFP > 400 ng/mL. Có thể dùng Pembrolizumab (liều cố định 200 mg mỗi 3 tuần) trong điều trị bước 2 ở bệnh nhân tiến triển hoặc không dung nạp sau điều trị bước 1 bằng Sorafenib và Lenvatinib. Thuốc ức chế chốt kiểm soát miễn dịch (Pembrolizumab hoặc Nivolumab) được dùng cho các UTTBG có chống chỉ định hoặc không dung nạp với các thuốc ức chế men tyrosine kinase (TKIs).

*** Câu hỏi lâm sàng 45:** *Chỉ định, phương pháp và hiệu quả của Liệu pháp nhắm trúng đích và Miễn dịch đối với UTBMTBG giai đoạn trung gian (BCLC-B)?*

*** Khuyến cáo số 45:**

- Chỉ định điều trị bước 1 cho bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian (BCLC-B) không phù hợp hoặc có tiến triển sau điều trị nút mạch hóa chất (TACE), ở các BN có chức năng gan còn được bảo tồn (Child-Pugh A, B) và chỉ số toàn trạng ECOG 0-1 (BN có ít triệu chứng, có thể hoạt động thể lực nhẹ, đi lại bình thường).

- Các lựa chọn điều trị bao gồm các thuốc điều trị đích, thuốc miễn dịch như Khuyến cáo số 36 nói trên. Tuy nhiên, nhờ cơ chế kháng VEGF giúp bình thường hóa nội mô mạch máu nên các thuốc như Sorafenib và Lenvatinib có thể được sử dụng trước TACE hoặc kết hợp với TACE để tăng hiệu quả của 2 điều trị. Thuốc Lenvatinib đơn trị trên những bệnh nhân UTBMTBG không phù hợp với TACE mang lại kết quả cải thiện đáng kể.

Đối với các bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian không phù hợp với TACE, thì các thuốc Sorafenib và Lenvatinib nên được cân nhắc sử dụng để có được hiệu quả tối ưu nhất.

P. Phác đồ đề xuất mới 2025 điều trị UTBMTBG

*** Câu hỏi lâm sàng 46:** *Phác đồ đề xuất mới 2025 trong điều trị UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 46:** Phác đồ áp dụng khi chức năng gan còn tốt (Child-Pugh A/B), thể trạng bệnh nhân cho phép (Performance status: 0-2) và không có tổn thương di căn ngoài gan:

- Khi chưa có tổn thương xâm lấn mạch máu:

+ Khi chỉ có 1 khối u với bất kỳ kích thước nào (Giai đoạn IA): Nếu còn phẫu thuật cắt bỏ được thì mổ cắt bỏ hoặc phá hủy khối u với RFA hoặc MWA khi khối u $\leq 5\text{cm}$. Nếu không thể cắt bỏ được (Giai đoạn IB) thì cần can thiệp TACE, DEB-TACE, SIRT hoặc phá hủy bằng RFA/MWA khi khối u $\leq 5\text{cm}$ hoặc triển khai ghép gan (theo tiêu chuẩn Up-to-7).

+ Nếu có từ 2 khối u trở lên với bất kỳ kích thước nào (Giai đoạn IIA): Khi còn phẫu thuật cắt bỏ được thì mổ cắt bỏ hoặc phá hủy khối u với RFA hoặc MWA khi có từ 3 khối u trở xuống và kích thước u $\leq 5\text{cm}$. Có thể điều trị với TACE, DEB-TACE, SIRT nếu khối u biệt hoá vừa hoặc biệt hoá cao hoặc tiến hành mổ cắt gan + TACE hay cắt gan + RFA/MWA hoặc triển khai ghép gan (với tiêu chuẩn Up-to-7).

- Khi đã có xâm lấn mạch máu:

+ Khi chỉ có 1 khối u với bất kỳ kích thước nào (Giai đoạn IIIA): Nếu còn phẫu thuật cắt bỏ được thì mổ cắt bỏ hoặc cho truyền hoá chất qua đường động mạch gan (HAIC), SIRT và điều trị toàn thân. Nếu không thể cắt bỏ khối u (Giai đoạn IIIB) thì cho điều trị toàn thân, HAIC, SIRT.

+ Nếu từ 2 khối u trở lên với bất kỳ kích thước nào (Giai đoạn IVA): Nếu còn phẫu thuật cắt bỏ được thì nên điều trị toàn thân, HAIC, SIRT và mổ cắt bỏ; Ngoài ra nên mổ cắt bỏ kèm TACE/DEB-TACE hoặc mổ cắt bỏ kèm RFA/MWA. Nếu không thể cắt bỏ khối u (Giai đoạn IVB) thì cho điều trị toàn thân, HAIC, SIRT và SBRT.

Q. Về dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư gan - Có 1 khuyến cáo hướng dẫn

*** Câu hỏi lâm sàng 47: Về dinh dưỡng cho bệnh nhân UTBMTBG?**

*** Khuyến cáo số 47:** Hiện nay, dinh dưỡng được coi là 1 trong 5 trụ cột quan trọng giúp điều trị ung thư gan, cải thiện sức khoẻ và nâng cao chất lượng sống của người bệnh. Chế độ dinh dưỡng giúp cải thiện sự ngon miệng, tránh hiện tượng teo cơ, giảm thiểu tình trạng cổ trướng, phòng bệnh não gan - hôn mê gan và không làm tăng gánh nặng xử lý cho gan hoặc độc cho gan ... Trong dinh dưỡng cần bổ sung calo, carbohydrate, cung cấp protein hợp lý, nhất là các protein từ rau củ như đậu, đậu phụ và từ thịt động vật ít chất béo. Người bệnh nên ăn nhiều bơ, đậu, các loại hạt có chứa chất béo không bão hòa và tránh các loại mỡ xấu. Loại bỏ các chất béo bão hòa và dầu nấu ăn. Tránh dùng bia rượu. Nên dùng nhiều vitamin nhóm B giúp ngon miệng và chống mệt mỏi. Nên ăn nhẹ trước khi ngủ

HỘI GAN MẬT
VIỆT NAM

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 5 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành “Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan”
(Bản Cập nhật 2025)**

CHỦ TỊCH HỘI GAN MẬT VIỆT NAM

Căn cứ Chức năng và quyền hạn của Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam (Bản Cập nhật 2025) về chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan”.

Điều 2. “Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam (Bản Cập nhật 2025) về chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan” là tài liệu hướng dẫn được áp dụng trong tất cả các cơ sở y tế.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành./.

CHỦ TỊCH
HỘI GAN MẬT VIỆT NAM



Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải

THÔNG DIỆP & KHUYẾN CÁO CỦA HỘI GAN MẬT VIỆT NAM VỀ PHÒNG TRỊ VIÊM GAN VI RÚT

nhân Ngày Viêm gan Thế giới 28/7/2025

Messages & Recommendations of VASLD about Prevention & Treatment of Viral Hepatitis to World Hepatitis Day - July 28, 2025

Với 14 thông điệp và khuyến cáo

1. Toàn dân chung tay đánh gục vi rút viêm gan (*All people join hands to combat viral hepatitis*) tiến tới loại trừ viêm gan virus không còn là mối đe dọa sức khỏe cộng đồng ở Việt Nam vào sau 2030. Khi đó giảm đáng kể số ca nhiễm và số tử vong hàng năm.

2. Kết hợp 2 nền y học trong điều trị viêm gan (*Combination of modern & traditional medicines in treatment of hepatitis*) với kháng vi rút bằng y học hiện đại và tăng cường bảo vệ chức năng gan bằng Y học cổ truyền.

Tác dụng chống viêm gan B (HBV) của y học cổ truyền (YHCT) qua hai cơ chế: trực tiếp ức chế các giai đoạn trong chu trình sống của HBV như xâm nhập, sao chép, lắp ráp; và gián tiếp thông qua điều hòa miễn dịch, apoptosis, tự thực bào, stress oxy hóa... Thuốc YHCT kết hợp với các thuốc NAs làm tăng chuyển đổi huyết thanh HBeAg, giảm nồng độ HBsAg và HBV DNA, đồng thời cải thiện chức năng gan. Ngoài ra, thuốc YHCT giúp giảm diễn tiến xơ gan.

3. Sàng lọc bệnh nhân viêm gan virus để phát hiện ung thư gan (*Screening of hepatitis patient for detection of HCC*) bằng định kỳ tối thiểu mỗi 6 tháng xét nghiệm AFP, DCP và siêu âm gan. Có thể xét nghiệm thêm AFP-L3, DCP và chụp CT hoặc MRI nếu có điều kiện để sớm phát hiện ung thư gan.

4. Xét nghiệm kháng nguyên lõi liên quan đến viêm gan B (HBcrAg) giúp chẩn đoán và tiên lượng tiến triển của bệnh viêm gan B (*Hepatitis B core-related antigen - HBcrAg has validity in the diagnosis and prognosis of hepatitis B disease progression*). HBcrAg giúp dự đoán phát triển và tái phát cũng như dự báo nguy cơ HCC/HBV.

5. Kiểm tra tất cả những người có nguy cơ cao bị viêm gan B với bộ ba xét nghiệm gồm HBsAg, Anti-HBc total, Anti-HBs. (*Test all persons at increased risk for HBV with triple panel: HBsAg, Anti HBc total, AntiHBs*). Tiêm vắc-xin cho tất cả những người có nguy cơ cao bị viêm gan B mà kết quả âm tính với 3 xét nghiệm nói trên và điều trị cho tất cả những người có HBV DNA (+).

6. Mở rộng tiêu chuẩn điều trị viêm gan B để ngăn ngừa việc tiến triển dẫn tới ung thư biểu mô tế bào gan (*Expanding of treatment criteria for HBV to prevent HCC*) với điều trị tất cả các bệnh nhân có xơ gan (kể cả HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện) và bệnh nhân trên 30 tuổi có HBV DNA > 2000 IU/mL.

7. Điều trị sớm các thuốc kháng vi rus giúp làm giảm tần suất xuất hiện nguy cơ ung thư gan (*Start early anti-viral therapy reduces the cumulative incidence of HCC*) với sử dụng TAF (Tenofovir alafenamide) là thuốc được khuyến cáo ưu tiên hàng đầu đã chứng minh có hiệu quả, dung nạp tốt sử dụng cho bệnh nhân viêm gan mạn có xơ gan và dự phòng lây truyền từ mẹ sang con.

8. Tiếp cận đơn giản về chẩn đoán giai đoạn xơ hóa gan (*Simplified approach to diagnosing liver fibrosis stage*), xét nghiệm reflex HBV-DNA, POC HBV-DNA và **mở rộng chỉ định điều trị kết hợp** (*expanded treatment indications*) với **chiến lược dự phòng lây nhiễm (vaccin, lây nhiễm mẹ-con)** (*strategies for preventing transmission: vaccination and mother-to-child transmission prevention*), HBV và bệnh do HBV sẽ được kiểm soát tại Việt Nam.

9. Tối ưu hoá điều trị viêm gan C mạn tính (*Optimal treatment for chronic C virus hepatitis*) với điều trị loại bỏ vi rút viêm gan C, ngăn chặn xơ gan, giảm nguy cơ ung thư gan cùng các bệnh liên quan đến HCV và phòng bệnh hữu hiệu. Ngoài ra cần giúp người bệnh tiếp cận điều trị dễ dàng hơn và giảm chi phí với kết quả tốt. Lưu ý điều trị viêm gan C ở một số trường hợp đặc biệt như chỉ điều trị ở trẻ em từ 3 tuổi trở lên, cần chú ý với người bệnh có xơ gan mất bù có suy thận, bệnh nhân có đồng nhiễm lao/HCV ...

10. Đề phòng nguy cơ viêm gan D gây bệnh gan tiến triển và xét nghiệm sàng lọc HDV ở các bệnh nhân có HbsAg (+) (*Attention for risk of advanced liver disease from HDV and screening HDV for Patients who test positive for HBsAg*). HDV bội nhiễm hoặc đồng nhiễm với HBV và có thể gây viêm gan bùng phát, xơ gan và ung thư gan. Cần xét nghiệm HDV ít nhất một lần khi chẩn đoán nhiễm HBV và/hoặc khi viêm gan B có tiến triển nặng hơn. Khi anti-HDV dương tính, cần làm thêm HDV-RNA hoặc HDsAg để chẩn đoán xác định. Thuốc ức chế sự xâm nhập của HDV vào tế bào gan (Bulevirtide, Sofosbuvir) giúp điều trị bệnh.

11. Phòng ngừa nhiễm viêm gan A (HAV) (*Prevention of HAV Infection*). Đây là bệnh lý phổ biến và gặp nhiều ở vùng nông thôn và ở trẻ nhỏ. Cần có các biện pháp đề phòng như giữ gìn vệ sinh ăn uống, tăng cường tạo miễn dịch qua tiêm vaccine phòng ngừa HAV, tránh lây nhiễm viêm gan A và giảm gánh nặng bệnh tật.

12. Chiến lược mới trong quản lý, điều trị viêm gan B mạn và hướng tới ứng dụng cùng các phối hợp chung (*New strategy for management, treatment of chronic B virus hepatitis and oriented application as well as national coordination*), theo đó cần lưu ý: Tầm soát HBV cho tất cả mọi người; Vaccin cho em bé mới sinh, nhất là có mẹ nhiễm HBV; Đối tượng AntiHBc dương tính xem như đã có tiếp xúc HBV, nên được theo dõi tái hoạt; Nên điều trị cho các đối tượng HBV DNA dương tính; Điều trị cho tất cả bệnh nhân xơ gan bất kể HBV DNA; Điều trị cho đến khi mất HBsAg+12 tháng; Nên xét nghiệm HDV cho các đối tượng nhiễm HBV. Ngoài ra hướng tới ứng dụng các chất ức chế xâm nhập làm giảm sản xuất protein virus, các chất điều hòa miễn dịch nhằm phục hồi chức năng miễn dịch bẩm sinh và thích ứng, vaccine điều trị và kháng thể đơn dòng trung hòa HBsAg cũng như các phác đồ phối hợp giữa thuốc kháng virus và liệu pháp điều biến miễn dịch.

Nhìn chung cần sự phối hợp chung của nhiều khâu từ kế hoạch Quốc gia trong việc tiêm vaccin, xét nghiệm đến điều trị để đạt tới các mục tiêu vào năm 2030 như đã nêu trên.

13. Hướng tới điều trị khỏi chức năng viêm gan B mạn (*Towards the Functional Cure for Chronic Hepatitis B*): Điều trị khỏi chức năng là mục tiêu thiết thực và có ý nghĩa lâm sàng hơn với tình trạng mất HBsAg bền vững, có hoặc không kèm theo xuất hiện kháng thể anti-HBs, cùng với HBV DNA không phát hiện được, từ đó giúp duy trì lui bệnh lâu dài mà không cần điều trị duy trì.

14. Hứa hẹn kết hợp giữa thuốc tác dụng ức chế trực tiếp virus viêm gan B (chống hoà màng, hình thành capsid, tổng hợp các protein và phóng thích virus) và thuốc điều hoà miễn dịch (kích thích đáp ứng miễn dịch đặc hiệu với HBV) đang mang lại những kết quả đáng khích lệ trong điều trị khỏi viêm gan B mạn (*The combination of DAAs and immune therapy has shown promising results in the pursuit of a cure for CHB*).

HỘI GAN MẬT
VIỆT NAM

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 5 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH
**Về ban hành Thông điệp và Khuyến cáo của Hội Gan mật
Việt Nam về Phòng trị Viêm gan vi rút tại Việt Nam**

CHỦ TỊCH HỘI GAN MẬT VIỆT NAM
Căn cứ Chức năng và quyền hạn của Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam.

- QUYẾT ĐỊNH:**
- Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này 11 Thông điệp và Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam về “Phòng trị Viêm gan vi rút tại Việt Nam”.
- Điều 2.** Thông điệp và Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam về “Phòng trị Viêm gan vi rút tại Việt Nam” là định hướng chuyên môn được áp dụng trong tất cả các cơ sở y tế.
- Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành./.

**CHỦ TỊCH
HỘI GAN MẬT VIỆT NAM**



Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải

THÔNGIỆP & KHUYẾN CÁO
VỀ PHÒNG TRỊ BỆNH GAN NHIỄM MỠ Ở VIỆT NAM
Messages & Recommendations in Prevention and Treatment
of Fatty Liver Disease in Vietnam
Với 14 thông điệp và khuyến cáo

1. Quan tâm phát hiện bệnh gan nhiễm mỡ (FLD) (Pay attention for detection of fatty liver disease - FLD). Bệnh gan nhiễm mỡ nói chung khá phổ biến và gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hoá (MAFLD – Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease) là nguyên nhân nhiều nhất gây gan nhiễm mỡ trên toàn cầu, với tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng. **Khám sàng lọc gan nhiễm mỡ** bằng siêu âm và nên xác định bằng siêu âm đàn hồi mô (Fibroscan) để phân biệt bệnh gan nhiễm mỡ (FLD) với viêm gan nhiễm mỡ do chuyển hoá (MASH/NASH) và tình trạng xơ hoá hoặc xơ gan sớm. **Xác định chẩn đoán gan nhiễm mỡ** dựa vào ít nhất một trong ba phương pháp siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và/hoặc cộng hưởng từ (CHT). Trong đó chụp cộng hưởng từ định lượng mỡ là phương pháp có độ nhạy tương đối cao. Đối với CHT, có mối liên quan giữa mức độ nhiễm mỡ gan trên CHT với men gan và độ nhiễm mỡ trên siêu âm. Cần đánh giá thêm tình trạng viêm, mức độ nhiễm mỡ và xơ hoá gan qua hình ảnh học, sinh hoá hoặc mô học.

2. Sàng lọc các yếu tố nguy cơ bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa (MAFLD) trên bệnh nhân viêm gan virus mạn để tránh tiến triển đến xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan - HCC) (Screening for MAFLD in patients of chronic viral hepatitis with metabolic risk factors for prevention of progression to cirrhosis and hepatocellular carcinoma - HCC). MAFLD có thể ảnh hưởng đến sự nhân lên và thanh thải virus thông qua các cơ chế miễn dịch và chuyển hóa. Đồng thời, MAFLD làm nặng thêm tình trạng viêm và xơ hóa gan ngay cả khi tải lượng virus thấp hoặc sau điều trị thành công HCV.

3. Quy trình chẩn đoán tiến triển bệnh gan nhiễm mỡ do chuyển hoá (Diagnostic protocol for progress of MAFLD): Chẩn đoán hình ảnh + Không có tiền sử về sử dụng thuốc và rượu + Loại trừ các nguyên nhân khác + Thường có tăng men gan và các tự kháng thể + Lưu ý xét nghiệm mỡ máu và đo lượng đề kháng Insulin + Kết hợp các xét nghiệm không xâm lấn (như FIB-4, CAP, siêu âm đàn hồi gan, MRI-PDFF ...) giúp sàng lọc xơ hóa và gan nhiễm mỡ chính xác hơn và tránh phải sinh thiết gan để chẩn đoán.

4. Chế độ ăn lành mạnh và tập luyện thể lực thường xuyên giúp hạn chế bệnh gan nhiễm mỡ (Healthy eating and frequent physical exercise are good for fatty liver disease), nhất là ở các bệnh nhân thừa cân/ béo phì và tiểu đường type 2 và có các bệnh gan đi kèm như HBV, HCV, DILI ...

5. Hạn chế tiêu thụ và không uống nhiều rượu bia giúp giảm đáng kể bệnh gan nhiễm mỡ và nguy cơ ung thư gan (HCC) (Limited alcohol consumption reduce FLD and risk for HCC).

6. An toàn trong sử dụng thuốc và hoá chất giúp tránh các bệnh gan nhiễm mỡ (Safety in drugs and chemical using avoid FLD)

7. Quản lý tốt nhất là can thiệp lối sống, điều trị các rối loạn chuyển hoá và điều biến hệ vi sinh (The best management for FLD is life style intervention, treat metabolic disorders and microbiome-targeted therapies), kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu và điều trị giảm mỡ, viêm gan, xơ hoá gan. Lưu ý xử trí biến chứng của các bệnh đi kèm như tiểu đường, bệnh mạch vành ...

8. Thuốc Rezdiffra (THR- β resmetirom - được FDA chấp thuận 3/2024) để điều trị bệnh gan nhiễm mỡ do chuyển hoá MAFLD (Rezdiffra - THR- β resmetirom, approved by FDA in March 2024 for treatment of MAFLD) ở người lớn có xơ hoá gan trung bình đến nặng nhưng chưa có xơ gan.

9. Việc điều trị MAFLD trên bệnh nhân viêm gan virus mạn cần tích hợp kiểm soát chuyển hóa và dùng thuốc kháng virus

(Management of MAFLD in patients of chronic viral hepatitis requires an integrated approach including metabolic control and antiviral therapy). Đồng thời theo dõi sát sự tiến triển của gan nhằm hạn chế biến chứng nghiêm trọng.

10. Các bệnh nhân bệnh gan nhiễm mỡ nên được theo dõi kiểm tra định kỳ mỗi 6 tháng và tầm soát ung thư gan (HCC) (FLD patient should health examine at every 6 months and screening for HCC).

11. Hạn chế ăn uống các thực phẩm chế biến sẵn, các thực phẩm và đồ uống có lượng đường fructose cao (Limited eating ready-made food as well as eat and drink with high fructose). Tiêu thụ nhiều đường fructose làm cạn kiệt ATP trong gan và làm suy yếu khả năng phục hồi từ độc tố ty thể làm suy giảm ATP.

12. Dinh dưỡng hợp lý đóng vai trò quan trọng trong phòng trị bệnh gan nhiễm mỡ. Giấc ngủ tốt và trà, cà-phê giúp cải thiện bệnh gan nhiễm mỡ (Nutrition plays an important role in prevention and treatment FLD. Good sleep and tea, coffee help improving for FLD).

13. Trong thực hành lâm sàng, việc tầm soát sớm và đánh giá nguy cơ tiến triển của MAFLD là quan trọng (*In clinical practice, early detection and risk stratification are essential*). Các công cụ không xâm lấn giúp sàng lọc xơ hóa và gan nhiễm mỡ chính xác hơn. Về điều trị, thay đổi lối sống vẫn là nền tảng. Ngoài ra, chú ý các liệu pháp điều biến hệ vi sinh và một số thuốc mới giúp kiểm soát MAFLD một cách cá thể hoá.

14. Để giải quyết thách thức về MAFLD ở Việt Nam cần tăng cường y tế công cộng và tập trung vào các chiến lược phòng ngừa, phát hiện sớm và điều trị bệnh hiệu quả phù hợp (*To overcome the challenge of MAFLD in Vietnam will require enhanced public health initiatives and focusing on prevention, early detection and suitable effective management strategies*).

HỘI GAN MẬT
VIỆT NAM

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 5 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Thông điệp và Khuyến cáo của Hội Gan mật Việt Nam về Phòng trị bệnh Gan nhiễm mỡ ở Việt Nam”
(Bản Phát hành lần đầu 2025)

CHỦ TỊCH HỘI GAN MẬT VIỆT NAM

Căn cứ Chức năng và quyền hạn của Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam.

- QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1.

Ban hành kèm theo Quyết định này “Thông điệp và khuyến cáo của Hội Gan mật Việt Nam về Phòng trị bệnh Gan nhiễm mỡ ở Việt Nam” (Bản Phát hành lần đầu 2025)

Điều 2.

Thông điệp và khuyến cáo của Hội Gan mật Việt Nam về Phòng trị bệnh Gan nhiễm mỡ ở Việt Nam (Bản Phát hành lần đầu 2025) là tài liệu hướng dẫn được áp dụng trong tất cả các cơ sở y tế.

Điều 3.

Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành./.
- CHỦ TỊCH

HỘI GAN MẬT VIỆT NAM
- GAN MẬT VIỆT NAM

TRUNG ƯƠNG

HỘI


- Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải**

KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYỆT Ở VIỆT NAM

Guideline Recommendations of Diagnosis and Treatment of Pancreatic Cancer in Vietnam

(Bản Cập nhật 2025/ Updated Version 2025)

Với tổng số 23 khuyến cáo hướng dẫn

A. Các loại ung thư tụy, yếu tố nguy cơ, biện pháp tầm soát và dự phòng ung thư tụy - Có 3 khuyến cáo:

Câu hỏi lâm sàng 1: *Ung thư tụy gồm những loại nào?*

* **Khuyến cáo số 1:** Ung thư tụy có thể được chia thành hai loại chính dựa trên các loại tế bào ung thư khác nhau được thấy trong tuyến tụy là ung thư tụy ngoại tiết (96%) và ung thư tụy thần kinh nội tiết (4%). Trong các ung thư tụy ngoại tiết, khoảng 95% là ung thư biểu mô tuyến tụy (pancreatic adenocarcinoma), ít phổ biến hơn là các ung thư biểu mô tế bào acinar, ung thư biểu mô tuyến vảy, ung thư biểu mô tế bào vảy và ung thư biểu mô tụy dạng keo (ung thư bóng Vater cũng có thể được xếp vào ung thư tụy ngoại tiết). Ung thư tụy thần kinh nội tiết có thể gồm u gastrin, u insulin và u glucagon.

Câu hỏi lâm sàng 2: *Các yếu tố nguy cơ gây bệnh và các biện pháp tầm soát ung thư tụy?*

* **Khuyến cáo số 2:**

- **Các yếu tố nguy cơ cao** trong bệnh sinh của ung thư tụy là tiểu đường, hút thuốc lá, uống nhiều rượu bia, người lớn tuổi, viêm tụy mạn, chế độ ăn uống nhiều mỡ béo, đường ngọt, nước có ga, tiền sử gia đình bị ung thư tụy, béo phì và lười vận động ...

- Các đối tượng có nguy cơ cao, trong đó lưu ý bị các bệnh tiểu đường, viêm tụy mạn (nhất là do rượu bia, thuốc lá, do sỏi tụy, do nhiễm độc, chuyển hoá, tự miễn ...) ***nên được tầm soát hàng năm*** với chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và nhất là khi có xét nghiệm CA 19-9 tăng.

Câu hỏi lâm sàng 3: Các biện pháp dự phòng ung thư tụy?

*** Khuyến cáo số 3:** Các biện pháp dự phòng ung thư tụy:

- Không hút thuốc lá, hạn chế sử dụng rượu, bia.
- Tránh thức ăn nhiều dầu mỡ, nhiều đường ngọt và nước có ga
- Nên ăn nhiều hoa quả, rau củ.
- Tập thể dục, thể thao hợp lý.
- Tránh các hoá chất độc hại như: benzydine, beta-naphthylamine, thuốc trừ sâu DDT, các chất liên quan đến dung môi, xăng dầu ...
- Tầm soát sớm và theo dõi định kỳ các đối tượng có nguy cơ cao, nhất là các bệnh tiểu đường, viêm tụy mạn ...

B. Chẩn đoán ung thư tụy - Có 6 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 4: Các triệu chứng chính lâm sàng và xét nghiệm chẩn đoán ung thư tụy?

*** Khuyến cáo số 4:**

- **Các triệu chứng lâm sàng** thường không đặc hiệu như đau bụng âm ỉ (70-80%) (có thể gặp đau xuyên ra sau lưng <50%), dấu hiệu gầy sút (>80%), kèm theo chán ăn (>80%), đầy hơi, mệt mỏi (>80%). Khi đến muộn có: Rối loạn tiêu hoá, nôn, vàng da, đau lưng, nước tiểu sẫm màu, sờ thấy khối u bụng, cổ trướng, ra mồ hôi trộm, suy kiệt, đại tiện phân mỡ ...

- **Các xét nghiệm huyết học:** Những dấu ấn sinh học (tumor marker) được sử dụng phổ biến nhất để chẩn đoán và quản lý bệnh nhân ung thư tụy hàng đầu là xét nghiệm CA 19-9, ngoài ra lưu ý thêm CEA. Độ nhạy và độ đặc hiệu của CA 19-9 tương ứng là khoảng 80%. Sự kết hợp của nhiều dấu ấn sinh học (CA 19-9, CEA, CA 125, TTR, ApoA1, ApoA2) có thể hỗ trợ chẩn đoán sớm với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng trên 90%. CA 19-9 giúp tiên lượng, đánh giá đáp ứng điều trị và theo dõi tái phát sau mổ ung thư tụy. Trước phẫu thuật, mức độ CA 19-9 ≥ 100 U/mL được xem như một yếu tố dự báo tái phát sớm (<6 tháng sau khi u được cắt bỏ).

Câu hỏi lâm sàng 5: Giá trị của siêu âm, siêu âm nội soi, nội soi mật tụy ngược dòng, sinh thiết u tụy qua nội soi dạ dày tá tràng và nội soi ổ bụng trong chẩn đoán ung thư tụy?

*** Khuyến cáo số 5:**

- **Siêu âm** có độ nhạy không cao (khoảng <75%). Hình ảnh ung thư tụy trên siêu âm là một khối giảm âm với bờ không đều. Dấu hiệu thứ phát là giãn ống tụy (>2-3 mm) và bất thường bờ tụy. Siêu âm dễ thực hiện và là biện pháp chẩn đoán đầu tiên, góp phần phát hiện các khối u tụy, kích thước, tính chất xâm lấn và hạch ổ bụng.

- **Siêu âm nội soi (EUS)** là phương pháp tốt nhất để phát hiện ung thư tụy với độ nhạy cao (94-100%), kết hợp với chọc hút kim nhỏ (FNA) và rất hữu ích khi u nhỏ <2-3 cm để có thể phát hiện không cần dùng cản quang. Hình ảnh điển hình của ung thư tụy là một khối giảm âm không đồng nhất với bờ không đều. Siêu âm nội soi giúp đánh giá vị trí khối u, xác định khối u đã xâm lấn vào các mạch máu lớn (các động mạch, tĩnh mạch kề cận với tụy không cần sử dụng thuốc cản quang) cũng như các tổn thương tụy nhỏ có thể bỏ sót trên chụp cắt lớp vi tính và được sử dụng để hướng dẫn giúp sinh thiết làm tế bào học khối u tụy. Hạn chế của EUS là không thể đánh giá di căn ở gan phải và phúc mạc. EUS gặp khó khăn khi đánh giá các tổn thương ung thư tụy trên nền viêm tụy mạn hoặc ung thư dạng lan toả toàn bộ tụy. EUS giúp bổ xung khi nghi ngờ trên CT hoặc để xác nhận tế bào học (EUS-FNA). EUS còn giúp hỗ trợ dẫn lưu đường mật trong ERCP và định hướng trong điều trị với RFA

- **Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP)** giúp hỗ trợ chẩn đoán.

- **Sinh thiết u tụy qua nội soi dạ dày tá tràng:** khi chẩn đoán hình ảnh chưa đủ kết luận ung thư tụy.

- **Nội soi ổ bụng** có thể giúp đánh giá giai đoạn bệnh nhằm rút ngắn thời gian để hoá trị, hạn chế mở bụng thăm dò không cần thiết.

Câu hỏi lâm sàng 6: Giá trị chụp cắt lớp vi tính (CT) trong chẩn đoán ung thư tụy?

*** Khuyến cáo số 6:**

- **Chụp CLVT đa dãy đầu thu (CT)** là phương pháp tốt nhất phát hiện u tụy với độ nhạy cao 89-97% và độ đặc hiệu 95%. Khối u >2cm thì độ nhạy đạt 100%, u <2cm độ nhạy 77%. Hình ảnh u tụy là một khối có bờ không đều, ngấm thuốc kém hơn so với nhu mô tụy bình thường. Hình ảnh ung thư vùng đầu tụy trên CT ổ bụng là

khối phát triển trong nhu mô tụy, đôi khi hình ảnh tụy to ra. Chụp CT giúp phát hiện số lượng, vị trí, kích thước, tính chất xâm lấn của khối u (nhất là vào các mạch máu như động mạch thân tạng, động mạch gan, động mạch mạc treo tràng trên) và tình trạng di căn hạch, di căn vào các tạng trong ổ bụng. CT giúp đánh giá giai đoạn ung thư tụy

- **Chụp CT năng lượng kép** (Dual Energy CT - Spectral) giúp tăng khả năng phát hiện ung thư tụy, giúp chẩn đoán những tổn thương đồng tỷ trọng và kích thước nhỏ.

Câu hỏi lâm sàng 7: *Giá trị chụp cộng hưởng từ (MRI) và chụp cắt lớp positron (PET và PET/CT) trong chẩn đoán ung thư tụy?*

*** Khuyến cáo số 7:**

- **Chụp cộng hưởng từ** (MRI) có tiềm năng tương phản có giá trị tương đương với chụp CT đa dãy trong phát hiện và theo dõi điều trị ung thư tụy. Chụp MRI tốt hơn chụp CT trong phát hiện khối ung thư nhỏ và rất hữu ích phát hiện khối u tụy đồng tỷ trọng với nhu mô tụy hoặc không nhìn thấy trên chụp CT. Hình ảnh ung thư tụy trên MRI là một khối mờ không đều có tín hiệu thấp, ngấm thuốc tương phản thấp hơn nhu mô tụy lành. Chụp MRI bụng giúp phát hiện các tổn thương kích thước nhỏ và huyết khối tĩnh mạch cửa.

- **Chụp cắt lớp positron (PET) và PET/CT:** PET/CT có độ nhạy cao hơn trong phát hiện ung thư tụy so với chỉ riêng PET. Độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng của PET/CT trong chẩn đoán ung thư tụy là gần 90%. PET/CT nhạy cảm hơn trong chẩn đoán ung thư tụy so với CT và MRI thường quy. Hình ảnh ung thư tụy trên PET/CT là 1 khối tập trung FDG. PET/CT giúp chẩn đoán u nguyên phát, giai đoạn bệnh và theo dõi sau điều trị. PET giúp phân biệt ung thư tụy và viêm tụy mạn cũng như phát hiện các hạch vùng hoặc di căn xa của ung thư tụy.

Câu hỏi lâm sàng 8: *Các biện pháp chẩn đoán sớm và chẩn đoán xác định ung thư tụy?*

*** Khuyến cáo số 8:**

- Chẩn đoán sớm ung thư tụy chủ yếu dựa vào xét nghiệm CA 19-9 và chụp CT, nhất là dựa vào CT đa dãy đầu thu hoặc chụp MRI.

- Ở các cơ sở có điều kiện nên tiến hành thêm xác định chẩn đoán:
- + Siêu âm nội soi (EUS) và sinh thiết bằng kim nhỏ (FNA) dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi.
- + Kiểm tra thêm bằng nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP).
- + Có thể sử dụng chụp CT năng lượng kép (DECT) hoặc PET/CT với các trường hợp u kích thước nhỏ và có khó khăn trong chẩn đoán.
- + Tiêu chuẩn vàng: dựa vào giải phẫu bệnh lý

Câu hỏi lâm sàng 9: Chẩn đoán phân biệt ung thư tụy với viêm tụy tự miễn và các bệnh lý khác?

* **Khuyến cáo số 9:** Với những trường hợp tắc mật do u tụy tiến triển, xâm lấn tại chỗ cần phân biệt với:

- **Viêm tụy tự miễn** (autoimmune pancreatitis): Hình ảnh điển hình của viêm tụy tự miễn trên chụp CT là hình tụy phì đại như hình xúc xích, dày tổ chức vỏ, đôi khi thấy khối tăng sinh khu trú nhu mô tụy. Ngoài ra có hình dày thành đường mật, túi mật, viêm quanh mạch máu. Lưu ý khi có tắc mật xa mà không thấy u thì nên nghĩ đến viêm tụy tự miễn. Chọc hút tế bào xác định tổn thương và điều trị bệnh này đáp ứng tốt với corticoid. Xét nghiệm thấy tăng globulin miễn dịch IgG4 (>1g/L)(bình thường IgG4 từ 3,92-86,4 mg/dL) và kèm xét nghiệm CA 19-9 (<74U/ml) giúp chẩn đoán viêm tụy tự miễn với độ nhạy 94% và độ đặc hiệu 100%.

- **Ung thư bóng Vater hoặc u đường mật thấp:** thường có triệu chứng tắc mật tăng dần, không đau bụng, không sốt, ERCP giúp phát hiện sớm: chẩn đoán hoặc đặt nòng giải áp trước phẫu thuật.

- **Viêm tụy mạn tính:** đau bụng, phân mỡ, suy dinh dưỡng, tiểu đường.../nghiện rượu, phân biệt nhờ siêu âm, CT, MRI và sinh thiết hoặc đánh giá đại thể trong mổ)

- **Nang giả tụy:** xảy ra sau viêm tụy cấp, đau bụng kéo dài, sốt, sờ thấy u nang vùng thượng vị, phân biệt dựa vào siêu âm, CT.

- **Các bệnh lý khác như:** viêm đường mật cấp tính, viêm túi mật cấp tính, sỏi đường mật, xơ gan mật nguyên phát, viêm đường mật xơ cứng nguyên phát, u thần kinh nội tiết của tụy, u nang đường mật, ung thư đường mật, hẹp ống mật ...

C. Đánh giá giai đoạn bệnh, mức độ bệnh và tiên lượng ung thư tụy - Có 2 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 10: *Đánh giá giai đoạn bệnh, mức độ bệnh và tiên lượng của ung thư tụy?*

*** Khuyến cáo số 10:**

- **Giai đoạn bệnh** được đánh giá dựa vào u, hạch và di căn. Theo phân loại của Hiệp hội Ung thư Hoa kỳ (AJCC 2018) với 7 mức: Giai đoạn 0 ($T_{is}N_0M_0$), giai đoạn IA ($T_1N_0M_0$), giai đoạn IB ($T_2N_0M_0$), giai đoạn IIA ($T_3N_0M_0$), giai đoạn IIB ($T_{1-3}N_1M_0$), giai đoạn III ($T_{1-3}N_2M_0$) hoặc (T_4 Nbất kỳ M_0), giai đoạn IV (Tbất kỳNbất kỳ M_1).

Chụp CT đa dãy cũng giúp đánh giá giai đoạn bệnh, nhất là về khối u nguyên phát, mối liên quan với các cơ quan lân cận, nhất là mạch máu, di căn xa để giúp xác định khả năng phẫu thuật. Nên kiểm tra thêm ERCP hoặc/và PET/CT, FNA qua siêu âm nội soi hoặc CT.

- **Mức độ bệnh ung thư tụy** có 3 loại:

- + **Bệnh khu trú:** Bệnh ung thư giới hạn trong tuyến tụy
- + **Bệnh tại vùng:** Đã có xâm lấn từ tuyến tụy đến mạch máu cơ quan lân cận
- + **Di căn:** Ung thư lan ra ngoài tuyến tụy đến các bộ phận khác của cơ thể

Ngoài ra, lưu ý khái niệm: Ung thư tụy ở ranh giới có thể cắt bỏ (borderline resectable).

Câu hỏi lâm sàng 11: *Tiên lượng chung và tiên lượng sau mổ ung thư tụy?*

*** Khuyến cáo số 11:**

Ung thư tụy nhìn chung là một trong những bệnh ung thư nguy hiểm, với khởi phát âm thầm, tiến triển nhanh và tiên lượng tồi. Thời gian sống thêm toàn bộ sau 5 năm của bệnh nhân ung thư tụy thấp vì khá nhiều trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển.

Tiên lượng sau mổ ung thư tụy thường không tốt. Tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ của ung thư tụy còn chưa cao (gần đây có cải thiện đã đạt gần 40%) với mức độ bệnh khu trú tại chỗ, <20% với

bệnh tại vùng và <5% với bệnh di căn). Tiên lượng tốt khi u $\leq$ 1cm. Nguyên nhân chính làm kết quả hạn chế là do vị trí của tuyến tụy nằm ở sâu nên khó khăn cho chẩn đoán, nhất là chẩn đoán sớm và dẫn đến chỉ 10 – 20% ung thư tụy được chẩn đoán ở giai đoạn có thể phẫu thuật, khoảng 30% người bệnh ở giai đoạn tiến triển tại chỗ (locally advanced - LA) hoặc ranh giới có thể cắt bỏ (borderline resectable - BR) – trước đây thường được điều trị hóa chất giảm nhẹ. Hơn nữa sau phẫu thuật còn gặp nhiều tai biến và biến chứng sau mổ, nhất là biến chứng rò tụy (>20%). Ngoài ra, vì ung thư tụy ác tính cao, tiến triển nhanh với u xâm lấn mạch máu, hạch và di căn xa.

D. Đặc điểm chỉ định phẫu thuật và đánh giá khả năng phẫu thuật triệt căn trong ung thư tụy - Có 3 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 12: *Chỉ định phẫu thuật triệt căn ung thư tụy?*

*** Khuyến cáo số 12:**

Chỉ định phẫu thuật triệt căn ung thư tụy dựa vào giai đoạn bệnh và tổng trạng bệnh nhân. Khi phát hiện u và chưa có di căn, ở giai đoạn 0, I và giai đoạn II và có thể cắt bỏ: sẽ chỉ định phẫu thuật triệt căn cắt bỏ phần tụy kèm u (với diện cắt triệt để R0), vét hạch hệ thống và điều trị hỗ trợ hoá chất.

Đặc điểm chỉ định phẫu thuật triệt căn ung thư tụy:

- **Chỉ định tuyệt đối cắt khối tá tụy** khi bệnh nhân ung thư tụy không có bệnh mạn tính, khối u chưa xâm lấn mạch máu mạc treo tràng và chưa di căn.

- Chỉ định tương đối ở ranh giới có thể cắt bỏ trong ung thư tụy:

+ Cắt khối tá tụy kèm theo thay đoạn động mạch mạc treo tràng trên, nhất là khối u ở mỏm móc xâm lấn vào động mạch này và trước đó được hoá - xạ trị, nếu đáp ứng thì sẽ cắt “thì hai”.

+ Nếu xâm lấn ít vào động mạch gan thì cắt khối tá tụy kèm thay động mạch gan.

+ Nếu xâm nhiễm dưới mức nửa chu vi tĩnh mạch thì có thể cắt khối tá tụy.

Câu hỏi lâm sàng 13: *Đánh giá khả năng phẫu thuật triệt căn?**** Khuyến cáo số 13:**

Đánh giá khả năng phẫu thuật triệt căn dựa vào CT / MRI bụng. PET/CT Scan giúp đánh giá di căn xa. Lưu ý liên quan đến sự dính của u với các động mạch và tĩnh mạch lớn ở các mức độ can thiệp sau:

- **Cắt bỏ được** (giai đoạn 0-II): U không dính vào động mạch, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch mạc treo tràng trên

- **Ở ranh giới có thể cắt bỏ:** Khi chưa có di căn xa, hạch vùng có thể nạo vét triệt để tuy nhiên khối u xâm lấn các mạch máu lân cận:

+ U đầu tụy: U dính với động mạch gan/ động mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch mạc treo tràng trên

+ U thân và đuôi tụy: U dính với động mạch thân tạng, tĩnh mạch chủ dưới.

Cần hoá trị và đánh giá lại khả năng cắt bỏ, kể cả cần cắt nối mạch máu.

- **Không thể cắt bỏ:** Ung thư đã di căn xa, u đã dính với nhiều động mạch, xâm lấn tĩnh mạch mà không thể tái tạo. Nhìn chung trong thực tiễn với mức độ u đã xâm lấn bờ dưới tá tràng thì không nên cắt bỏ. Chỉ định mổ xử lý triệu chứng (mở nối tắt khi có tắc mật hoặc tắc tá tràng) kèm theo hoá trị.

Câu hỏi lâm sàng 14: *Ung thư tụy ở ranh giới có thể cắt bỏ, chưa di căn?**** Khuyến cáo số 14:**

- Ung thư tụy ở ranh giới có thể cắt bỏ (borderline resectable) là các khối u gây nguy cơ cao còn tồn thương ở diện cắt (R1 và R2), tăng nguy cơ có di căn ngoài tụy, nguy cơ biến chứng và tử vong (ngay cả khi diện cắt tụy không còn ung thư - R0)

- Chẩn đoán dựa vào sinh thiết bằng kim nhỏ (FNA) dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS), đánh giá giai đoạn bệnh qua nội soi ổ bụng và xét nghiệm CA 19-9. Khi có ung thư tụy sẽ nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) có đặt stent và tân bổ trị. Sau đó chụp CT, MRI (bụng, ngực, chậu) và xét nghiệm lại CA 19-9. Tiến hành phẫu thuật

cắt bỏ và nên theo kỹ thuật phẫu tích trước tiên động mạch (artery-first approach). Sau mổ tiếp tục hoá bỏ trợ sau mổ và theo dõi thời gian sống thêm.

E. Điều trị phẫu thuật ung thư tụy - Có 4 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 15: *Phương pháp phẫu thuật ung thư tụy?*

*** Khuyến cáo số 15:**

- **Phẫu thuật cắt khối tá tụy (Whipple):** Chỉ định cho các khối u đầu tụy, là phẫu thuật loại bỏ phần đầu tuyến tụy và cổ tụy, tá tràng và 10 cm đầu tiên của hồng tràng, túi mật, ống túi mật, ống mật chủ và hang vị dạ dày cùng nửa phải của mạc nối lớn. Lấy các hạch xung quanh tụy và cuống gan. Thường nối tụy - hồng tràng kiểu Blumgart (lồng mồm tụy vào trong lòng hồng tràng). Nên tham khảo phương pháp nối ruột kiểu miệng nối hình chữ T (T-shaped với cắt mở rộng thành trước và sau ống mật tạo hình chữ T và nối) giúp hạn chế viêm đường mật trào ngược sau mổ.

- **Phẫu thuật cắt thân, đuôi tụy và cắt lách:** Chỉ định đối với ung thư tụy ở thân hoặc đuôi tụy, là phẫu thuật loại bỏ thân, đuôi tụy và lá lách.

- **Ghép tụy:** Chỉ định sau khi phải cắt bỏ toàn bộ tụy do ung thư tụy. Mảnh ghép thường lấy từ người cho chết não hoặc từ người hiến sống. Có thể ghép đúng vị trí hoặc ghép khác vị trí. Sau mổ điều trị thuốc ức chế miễn dịch, chú ý các biến chứng thải ghép và tắc mạch.

Câu hỏi lâm sàng 16: *Ưu điểm của phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư tụy?*

* **Khuyến cáo số 16:** Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy có nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mở kinh điển như: vết mổ nhỏ hơn, đau sau mổ ít hơn, nhiễm khuẩn vết mổ giảm, thời gian nằm viện ngắn hơn và có tính thẩm mỹ. Nên chỉ định với các ung thư tụy có đường kính <5cm, không có di căn và xâm lấn mạch máu. Kỹ thuật nối tụy-ruột theo kiểu Blumgart qua nội soi là một phương pháp khả thi và an toàn trong phẫu thuật cắt khối tá tụy. Kết quả cho thấy tỷ lệ biến chứng thấp, đặc biệt là rò tụy. Đồng thời người bệnh được hưởng lợi ích của kỹ thuật ít xâm lấn.

Câu hỏi lâm sàng 17: *Hệ thống phẫu thuật Robot trong điều trị ung thư tụy và ưu nhược điểm trong cắt khối tá tụy (PD) và cắt đuôi tụy (DP)?*

*** Khuyến cáo số 17:**

Hệ thống phẫu thuật Robot với đầu dụng cụ xoay nhiều hướng như 1 bàn tay thu nhỏ, hình ảnh 3 chiều, bàn điều khiển riêng cho phẫu thuật viên, các thao tác được thực hiện thông qua các cánh tay robot giúp việc triển khai kỹ thuật được dễ dàng (với tỷ lệ chuyển mổ mở thấp <5%) áp dụng cho các phẫu thuật phức tạp như cắt khối tá tụy hay cắt thân đuôi tụy với bảo tồn lách hoàn toàn.

Trong phẫu thuật cắt khối tá tụy (pancreatoduodenectomy - PD) và cắt đuôi tụy (distal pancreatectomy - DP) bằng robot đều cho kết quả thuận lợi hoặc tương đương với phẫu thuật nội soi, cho thấy tiềm năng của phẫu thuật robot như một lựa chọn thay thế an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, một số nhược điểm của hệ thống robot vẫn tồn tại, bao gồm thời gian phẫu thuật kéo dài và chi phí cao. Những hạn chế này được kỳ vọng sẽ được khắc phục thông qua sự phát triển của các dụng cụ phẫu thuật, việc vượt qua đường cong học tập, và sự gia tăng về số lượng ca mổ bằng robot. Nhìn chung, phẫu thuật Robot (với các ưu thế của thiết bị và giúp kiểm soát động tác chính xác, tinh tế, biên độ hoạt động lớn, chống rung ...) trong phẫu thuật cắt khối tá tụy và là phẫu thuật ít xâm lấn, đạt kết quả khả quan ở Việt Nam.

Câu hỏi lâm sàng 18: *Kỹ thuật vét hạch tiêu chuẩn, tái tạo mạch máu và một số lưu ý trong phẫu thuật triệt căn ung thư tụy?*

*** Khuyến cáo số 18:**

- Mục tiêu phẫu thuật ung thư tụy là cắt bỏ đạt triệt căn mức R0 với diện cắt âm tính và cần tỉ mỉ phẫu tích tổ chức xung quanh các mạch máu, thay thế các mạch máu bị xâm lấn hay cắt bỏ các tạng ngoài tụy.

- **Kỹ thuật vét hạch tiêu chuẩn** (standard lymphadenectomy):

+ Trong **cắt khối tá tụy**: bao gồm các nhóm hạch 5, 6, 8a, 12b1, 12b2, 12c, 13a, 13b, 14a, 14b, 17a và 17b. **Vét hạch mở rộng**: lấy thêm tất cả hạch nhóm 8, 9 và 16.

+ Kỹ thuật giúp vét hạch động mạch mạc treo tràng trên đồng thời thuận lợi trong thi cắt, tái tạo tĩnh mạch cửa cùng khối u.

+ Trong **cắt thân - đuôi tụy** gồm các nhóm hạch 9 (chỉ lấy khi u thân tụy), 10, 11 và nhóm 18.

- **Kỹ thuật cắt và tái tạo mạch máu** khi không có biểu hiện tắc tĩnh mạch và cắt bỏ, thay thế đoạn tĩnh mạch khi nghi ngờ xâm lấn ung thư. Nên áp dụng phẫu thuật thay thế tái tạo mạch máu ở những trường hợp có tiên lượng lâu dài. Các tĩnh mạch (TM) thay thế cho tĩnh mạch cửa có thể dùng bằng TM đùi, TM cánh trong, TM thận trái; Để phục hồi động mạch (ĐM) có thể dùng ĐM lách, ĐM chậu ...

- **Phẫu tích bó mạch mạc treo tràng trên** trong cắt khối tá tụy là một kỹ thuật hữu dụng khi khối u có dấu hiệu xâm lấn bó mạch mạc treo tràng trên. Trong phẫu tích cần tỷ mỉ, tránh làm tổn thương các nhánh nhỏ từ động mạch và tĩnh mạch mạc treo tràng.

F. Các biện pháp điều trị phối hợp với phẫu thuật ung thư tụy

- Có 1 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 19: *Các biện pháp điều trị phối hợp với phẫu thuật ung thư tụy khi ở ranh giới có thể cắt bỏ và khi có xâm lấn rộng và di căn?*

*** Khuyến cáo số 19:**

- Trong trường hợp **ở ranh giới có thể cắt bỏ** và ở giai đoạn II (nếu có điều kiện nên cho sinh thiết qua siêu âm nội soi): cho điều trị với tân hoá trị hoặc hoá-xạ trị đồng thời cùng với phẫu thuật khi nạo vét R0 hoặc chỉ điều trị trợ thời (palliative) như đặt stent hoặc nối tắt. Sau mổ cho chăm sóc giảm nhẹ và hoá-xạ trị đồng thời (nếu cắt bỏ được) hoặc hoá trị (nếu cắt không triệt để).

- Khi có **xâm lấn rộng và di căn** (giai đoạn III và IV): Hoá-xạ trị đồng thời hoặc hoá trị (với Gemcitabine 6 tháng), phẫu thuật trợ thời và chăm sóc giảm nhẹ. Khi có di căn có thể dùng Folfirinox hoặc Gemcitabine và Paclitaxel.

Hiện nay, điện quang can thiệp đã phát triển kỹ thuật diệt hạch thân tạng dưới hướng dẫn của CT để giảm đau cho bệnh nhân và hỗ trợ điều trị.

G. Các phương pháp xạ trị, hoá trị, điều trị đích, miễn dịch trị liệu và điều trị chăm sóc giảm nhẹ ung thư tụy - Có 4 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 20: Xạ trị ung thư tụy?

* **Khuyến cáo số 20:** Có nhiều phương pháp như xạ trị chiếu ngoài, xạ trị định vị thân (SBRT), xạ phẫu, xạ trị trong mô và cấy hạt phóng xạ. Lưu ý:

- **Xạ trị chiếu ngoài:** Chỉ định khi không còn khả năng cắt bỏ khối u tụy, bệnh nhân không có khả năng điều trị hoá chất phối hợp. Nên sử dụng các kỹ thuật điều biến liều (IMRT) hoặc điều biến thể tích (VMAT) hoặc xạ trị hạt nặng (Proton).

- **Xạ trị định vị thân:** Là phương pháp ít xâm lấn với tác dụng phụ tối thiểu, khả thi, an toàn và có hiệu quả, nhất là khi ung thư tụy ở ranh giới có thể cắt bỏ hoặc ung thư tụy có tiến triển tại chỗ (locally advanced pancreatic adenocarcinoma), không mổ được hoặc bệnh nhân từ chối phẫu thuật. Nên sử dụng liều cao trong thời gian ngắn (33Gy/5fx) và kết hợp với hoá trị (2-3 chu kỳ với GTX hoặc Folfirinox).

Câu hỏi lâm sàng 21: Hoá trị trong ung thư tụy?

Khuyến cáo số 21:

- **Các phương pháp** gồm: hoá trị trước mổ và hỗ trợ sau phẫu thuật, hoá trị đồng thời, tân bổ trợ hoặc trị bệnh ở giai đoạn III, IV khi không có chỉ định phẫu thuật.

- Hoá trị trước mổ:

+ Với các bệnh nhân phẫu thuật được và có nguy cơ cao thì có thể xem xét hoá trị trước mổ giúp tăng tỷ lệ phẫu thuật R0, kéo dài thời gian sống thêm sau mổ và giúp điều trị vi di căn.

+ Với các bệnh nhân giai đoạn ranh giới (borderline) hoá trị giúp tăng cơ hội đạt được phẫu thuật R0, cải thiện tiên lượng, tạo ra giai đoạn quan sát để loại trừ các trường hợp ung thư tụy tiến triển nhanh hoặc không đáp ứng với điều trị.

- Có nhiều **phác đồ hoá trị** và lưu ý các thuốc như:

+ Gemcitabine tác dụng trực tiếp lên tế bào ung thư tụy và thường

dùng đơn chất khi có di căn. Liều dùng 1000mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1, 8, 15 với chu kỳ 28 ngày và tổng số 6-8 chu kỳ.

+ Cabecitabine cũng có tác dụng trực tiếp với ung thư tụy và thường kết hợp với xạ trị vì làm tăng tác dụng của xạ trị. Có thể dùng trong phác đồ kết hợp với Gemcitabine, khi đó liều Cabecitabine là 650mg/m², uống ngày 1-14.

+ Có thể dùng 5-FU (Fluorouracil) với liều 500mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1-3 và ngày 29-31. Cần lưu ý các tác dụng phụ của 5-FU.

+ Ngoài ra là dùng TS-1 (gồm tegafur, oteracil và gimeracil).

Câu hỏi lâm sàng 22: Điều trị đích và điều trị miễn dịch ung thư tụy?

Khuyến cáo số 22:

- **Điều trị đích** cho ung thư tụy giai đoạn tiến xa, không thể cắt bỏ

+ Erlotinib 100mg uống hàng ngày

+ Phối hợp Erlotinib và Gemcitabine 1000mg/m² truyền tĩnh mạch ngày thứ nhất

+ Một số thuốc khác tham khảo thêm trong điều trị đích: Vitrakvi (larotrectinib), Rozlytrek (entrectinib), Lynparza (olaparib)

- **Điều trị miễn dịch:** Pembrolizumab liều 200mg với chu kỳ 3 tuần.

Câu hỏi lâm sàng 23: Điều trị chăm sóc giảm nhẹ ung thư tụy?

Khuyến cáo số 23: Điều trị giảm nhẹ ung thư tụy nhằm giảm đau, giảm các triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống, trong đó lưu ý dùng các thuốc giảm đau và các biện pháp giảm đau (như tiêm cồn phá hủy hạch giao cảm ...) cùng các tư vấn về sức khỏe và hỗ trợ dinh dưỡng sau phẫu thuật (như bổ sung men tụy Creon 25000 UI x 8 viên/ngày ...).

HỘI GAN MẬT
VIỆT NAM

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 5 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Khuyến cáo hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị Ung thư Tụy ở Việt Nam” của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam

CHỦ TỊCH HỘI GAN MẬT VIỆT NAM

Căn cứ Chức năng và quyền hạn của Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Khuyến cáo hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị Ung thư Tụy ở Việt Nam” (Bản Cập nhật 2025) của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam.

Điều 2. “Khuyến cáo hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị Ung thư Tụy ở Việt Nam” của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam là tài liệu hướng dẫn được áp dụng trong tất cả các cơ sở y tế.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành./.

**CHỦ TỊCH
HỘI GAN MẬT VIỆT NAM**



Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải

KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỎI MẬT TẠI VIỆT NAM

Guideline Recommendations of Treatment of Biliary Stone in Vietnam

(Bản Cập nhật 2025/Updated Version 2025)

Với tổng số 26 khuyến cáo hướng dẫn

A. Các yếu tố nguy cơ và biện pháp dự phòng sỏi mật - Có 2 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 1: *Các yếu tố nguy cơ của bệnh sỏi mật và nguyên nhân cơ chế gây sỏi túi mật?*

*** Khuyến cáo số 1:**

- Có nhiều yếu tố nguy cơ gây bệnh sỏi mật, gồm 2 nhóm chính:
+ Những yếu tố nguy cơ không thay đổi được như giới tính nữ, tiền sử gia đình có sỏi, phụ nữ mang thai, tăng triglycerid máu, hội chứng rối loạn chuyển hóa, bệnh rối loạn chuyển hóa liên quan đến gene ...

+ Những yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được như béo phì, chế độ ăn ít chất xơ, tăng cân nhanh, nhiễm trùng/ký sinh trùng (nhất là giun đũa và trứng giun đũa), sử dụng thuốc ...

- Các nguyên nhân và cơ chế gây sỏi túi mật gồm: Suy giảm chức năng túi mật (hấp thu, bài tiết và làm trống túi mật), bão hòa mật quá mức (tuổi, giới tính, yếu tố gene, béo phì, sử dụng thuốc, chế độ ăn, bệnh lý gan), các yếu tố tạo nhân cholesterol (chất nhầy, glycoprotein, nhiễm trùng), hấp thu/tuần hoàn mật ruột của axit mật.

Câu hỏi lâm sàng 2: *Các biện pháp dự phòng bệnh sỏi mật?*

*** Khuyến cáo số 2:**

- Chế độ dinh dưỡng hợp lý, an toàn, trong đó chú ý vệ sinh ăn uống chống nhiễm ký sinh trùng (nhất là giun đũa), tẩy giun định kỳ.

- Dùng lợi mật; Hạn chế thức ăn giàu cholesterol.

- Tập luyện; Kiểm tra sức khỏe định kỳ để có thể phát hiện và xử trí sớm.

- Chống nhiễm trùng đường mật.

- Có thể dùng thuốc có chứa axit mật (ursodeoxycholic acid).
- Kết hợp y học cổ truyền trong dự phòng và điều trị sỏi mật (lợi mật, bài thạch, chống viêm ...).
- Áp dụng các biện pháp điều trị dự phòng.
- Tăng cường điều trị can thiệp ít xâm lấn ...

B. Chẩn đoán hình ảnh sỏi mật - Có 4 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 3: *Chẩn đoán xác định sỏi ống mật chủ?*

*** Khuyến cáo số 3:**

- Chẩn đoán sỏi ống mật chủ (OMC) sẽ đặt ra khi bệnh nhân có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải, vàng da, sốt (tam chứng Charcot). Xét nghiệm cận lâm sàng có tăng men (enzyme) gan, tăng alkaline phosphatase hoặc gamma-glutamyl transferase (γ GT) và bilirubin huyết thanh tăng.

- Chẩn đoán xác định dựa trên hình ảnh học khi có giãn đường mật và/hoặc có hiện diện của sỏi trong OMC.

Câu hỏi lâm sàng 4: *Vai trò của chẩn đoán hình ảnh trong bệnh sỏi mật?*

*** Khuyến cáo số 4:**

Các phương pháp siêu âm (US), siêu âm nội soi (EUS), chụp cắt lớp vi tính (CT) và chụp cộng hưởng từ đường mật (MRCP) đóng vai trò quan trọng trong bilan chẩn đoán bệnh sỏi mật.

- **Siêu âm** là thăm khám đầu tay khi nghi ngờ sỏi mật hoặc khi có tắc mật, phương pháp này dễ tiếp cận với giá thành rẻ.

- **Chụp cắt lớp vi tính** và **Chụp cộng hưởng từ đường mật** có giá trị khẳng định sỏi hoặc tổn thương tại vị trí tắc mật, đặc biệt trong các trường hợp tổn thương nằm ở phần thấp ống mật chủ và các tổn thương đi kèm.

- **Siêu âm nội soi** ở các cơ sở có điều kiện là phương pháp chẩn đoán có hiệu quả phát hiện sỏi OMC, đặc biệt khắc phục được hạn chế của siêu âm với sỏi nhỏ mà các phương pháp khác không thấy.

- Các biện pháp khác như **Chụp mật tụy ngược dòng** (Retrograde CholangioPancreatography - RCP) (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography - ERCP) và **Chụp đường mật qua da** (Percutaneous

cholangiography – PC) (Percutaneous transhepatic cholangiography - PTC) được áp dụng và thường phối hợp với các can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng và các can thiệp xuyên gan qua da.

Câu hỏi lâm sàng 5: *Giá trị của siêu âm trong bệnh sỏi mật?*

*** Khuyến cáo số 5:**

Siêu âm là biện pháp phổ cập, không có tia xạ và có tính di động cao. Siêu âm giúp phân biệt các loại sỏi, sỏi bùn, bùn mật và đặc biệt tốt trong các trường hợp sỏi rất nhỏ, ít vôi hoá, nhiều khi sỏi bị bỏ sót trên chụp cắt lớp vi tính.

- Sỏi túi mật trên siêu âm (với hình tăng âm kèm bóng cản) có độ nhạy, độ đặc hiệu cao: 90-95%.

- Viêm túi mật cấp do sỏi (túi mật to, thành dày, có thâm nhiễm viêm xung quanh và thành tăng tưới máu): độ nhạy 90-94%, độ đặc hiệu 78-80%.

- Sỏi OMC phát hiện trên siêu âm với độ chính xác 79-98%.

- Sỏi trong gan: siêu âm có độ nhạy, độ đặc hiệu cao từ 90-95% (do đường mật trong gan ít khi bị vướng hơi của ống tiêu hoá).

- Siêu âm giúp đo chức năng túi mật (dựa vào thể tích túi mật trước và sau ăn, bình thường là 40%).

- Nhược điểm của siêu âm: bụng chướng hơi, người béo, sỏi OMC đoạn thấp và kinh nghiệm người làm ...

Câu hỏi lâm sàng 6: *Giá trị của chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ trong bệnh sỏi đường mật?*

*** Khuyến cáo số 6:**

- ***Chụp cắt lớp vi tính*** được dùng rộng rãi, nhất là ở bệnh nhân to béo, sẹo mổ cũ

+ Có <20% sỏi mật không thấy được trên chụp cắt lớp vi tính cần kiểm tra lại bằng siêu âm.

+ Chụp cắt lớp vi tính trong viêm túi mật cấp do sỏi túi mật có độ nhạy 90-92,5% và trong viêm đường mật cấp có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 89,7% và 84,6%.

- ***Chụp cộng hưởng từ đường mật:*** là phương pháp không xâm hại với hình ảnh chất lượng cao, giúp chẩn đoán chính xác có sỏi, vị

trí, số lượng kích thước sỏi; Ngoài ra còn có thể đánh giá hẹp và tắc nghẽn đường mật và các biến chứng sỏi mật. Đánh giá các biến đổi giải phẫu đường mật giúp can thiệp đường mật qua da (đặt stent, lấy sỏi qua da ...). Phương pháp này cho tỷ lệ chẩn đoán sỏi đường mật với độ chính xác trên 90%. Nên chụp cộng hưởng từ với máy có từ lực tối thiểu 1,5 Tesla và đây là phương pháp được chỉ định bổ xung khi có giãn đường mật mà các phương pháp siêu âm và chụp cắt lớp vi tính không xác định được sỏi mật.

C. Vai trò và giá trị của Nội soi mật tụy ngược dòng - Có 5 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 7: *Vai trò của nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị sỏi mật?*

*** Khuyến cáo số 7:**

- ***Nội soi mật tụy ngược dòng*** (ERCP) là phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị sỏi OMC vì tính an toàn, ít xâm lấn và có hiệu quả. Tỷ lệ lấy sỏi thành công qua ERCP cao, khoảng 85-95%.

- ***Chỉ định của ERCP:*** Sỏi đơn độc ở phần thấp của OMC, sỏi sỏi và sỏi tái phát ở OMC sau mổ. Ngoài ra, có thể phối hợp với nội soi cắt túi mật và lấy sỏi OMC trong một thì. Chỉ định tốt nhất của ERCP trong các cấp cứu như:

- + Viêm mủ đường mật do sỏi.
- + Viêm tụy cấp tiến triển do sỏi OMC.
- + Sỏi OMC tái phát mà phẫu thuật có nhiều nguy cơ.

- ***Phương pháp can thiệp chủ yếu*** là: Cắt và/hoặc nong cơ vòng Oddi, lấy sỏi và có hoặc không đặt stent.

- Tai biến: 5-10% (chủ yếu là nhẹ), các biến chứng hay gặp: Viêm tụy cấp sau ERCP (PEP), nhiễm trùng, chảy máu, thủng....

Câu hỏi lâm sàng 8: *Vị trí của kỹ thuật ERCP có nong papilla bằng bóng lớn kết hợp cắt cơ vòng Oddi lấy sỏi khó ở ống mật chủ?*

*** Khuyến cáo số 8:** Kỹ thuật ERCP - nong papilla bằng bóng lớn kết hợp với cắt cơ vòng Oddi lấy sỏi ống mật chủ có tình huống sỏi khó như: đường kính sỏi >15mm hoặc nhiều sỏi hoặc túi thừa quanh nhú hoặc nhú trong túi thừa hoặc đoạn cuối ống mật chủ hẹp hoặc rối loạn đông máu... Kỹ thuật này đơn giản, dễ sử dụng, tương đối an toàn đối với sỏi lớn và sỏi tình huống khó, cắt cơ vòng vừa phải giảm biến chứng chảy máu, giảm tỷ lệ tán sỏi, tỷ lệ lấy hết sỏi thành công cao.

Câu hỏi lâm sàng 9: Kỹ thuật tăng cường xử trí với các sỏi ống mật chủ khó lấy bằng ERCP?

*** Khuyến cáo số 9:**

Với các sỏi OMC mà khó lấy bằng ERCP (chiếm khoảng 15-20%), trong đó thường là: sỏi to (>1,5cm), nhiều sỏi, sỏi có hình dạng bất thường, sỏi trong nhánh gan hay ống cổ túi mật, sỏi kẹt đoạn cuối OMC, ngoài ra là các trường hợp đã mổ cũ, có hẹp đường mật ... Kỹ thuật tăng cường được áp dụng như cắt cơ vòng hoặc nong nhú bằng bóng có đường kính lớn qua nội soi và nhất là kết hợp cắt cơ vòng và nong bằng bóng hiện nay được sử dụng nhiều và có tỷ lệ thành công cao mang lại hiệu quả trong điều trị sỏi lớn và sỏi khó.

- Khi sỏi OMC không được lấy hết hoàn toàn qua ERCP, có thể đặt stent sẽ giúp ngăn ngừa tình trạng tắc mật, nhiễm khuẩn đường mật (là phương pháp dẫn lưu mật tạm thời) để chờ ERCP lấy sỏi kế tiếp hoặc chờ phẫu thuật.

Câu hỏi lâm sàng 10: Ưu thế của ERCP trong điều trị sỏi mật?

*** Khuyến cáo số 10:**

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) có nhiều ưu thế như:

- Tiến hành được trên các bệnh nhân (BN) cao tuổi, có nhiều bệnh lý nền phối hợp, bệnh cảnh nhiễm khuẩn nặng và có nhiều nguy cơ khi phẫu thuật.

- Góp phần giải quyết các biến chứng sau mổ sỏi mật như sót sỏi, các tổn thương đường mật gây rò mật, sỏi tái phát nhanh.

- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) kịp thời giảm tắc nghẽn đường mật cấp tính, giảm tình trạng nặng, tạo điều kiện thuận lợi cho điều trị tiếp theo.

Câu hỏi lâm sàng 11: Phương pháp ERCP trong điều trị sỏi ống mật chủ ở những bệnh nhân có sự thay đổi giải phẫu so với thông thường?

*** Khuyến cáo số 11:**

Phương pháp ERCP lấy sỏi OMC vẫn là một thách thức không nhỏ ở những bệnh nhân có sự thay đổi giải phẫu so với thông thường (như bệnh nhân đã phẫu thuật vùng bụng, có sẹo loét tá tràng, như vater lạc chỗ, túi thừa tá tràng... và nhất là bệnh nhân cắt dạ dày nối Billroth II). Trong những trường hợp cắt dạ dày nối Billroth II thì ERCP thông thường khó thực hiện và tỷ lệ đặt ống thành công khoảng 62-100%, tỷ lệ thông như thành công 88,2-100% và tỷ lệ biến chứng 0-12,5%. Một số khó khăn so với ERCP thông thường đó là: quai tới thường gấp góc hoặc hẹp khó đưa máy qua; khó tiếp cận được như do dính sau mổ, quai tới dài; khó thông như vì hướng như ngược từ trên xuống qua quai tới (hướng 5-6h); chưa có máy và dụng cụ chuyên biệt có khi phải dùng cả 2 loại ống soi nhìn thẳng và nhìn bên. Do vậy, thời gian can thiệp thường lâu hơn, đòi hỏi kỹ thuật có kỹ năng và kinh nghiệm.

Kết quả lấy sỏi OMC qua ERCP có thể đạt tỷ lệ tiếp cận như trên 90%, thông như thành công gần 95%, thành công kỹ thuật gần 90%; Lưu ý các biến chứng có thể gặp như viêm tụy cấp <10%, thủng <3%, chảy máu <5%. Nhìn chung ERCP là khá an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi OMC ở bệnh nhân cắt dạ dày Billroth II với tỷ lệ thành công khá cao và biến chứng nặng thấp.

D. Các biện pháp can thiệp ít xâm lấn qua da điều trị sỏi mật

- Có 4 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 12: Vai trò của điều trị tán sỏi mật qua da bằng laser?

*** Khuyến cáo số 12:** Laser holmium có năng lượng tập trung khu trú, chính xác, công suất tán sỏi lớn nên thời gian tán sỏi được rút ngắn và được ứng dụng rộng rãi trong tán sỏi mật.

- Chỉ định:

- + Bệnh nhân có sỏi đường mật trong gan, sỏi OMC
- + Bệnh nhân có sỏi OMC nhưng không có chỉ định ERCP hoặc ERCP thất bại

- + Bệnh nhân kết hợp sỏi đường mật trong gan và sỏi ống mật chủ
- + Điều trị sỏi sỏi và sỏi tái phát

- Chống chỉ định:

- + Sỏi trên nền gan teo khu trú
- + Sỏi với ung thư đường mật
- + Xơ gan cổ trướng nhiều
- + Xơ gan Child C, BN nặng, có rối loạn đông máu.

- Kỹ thuật: dưới vô cảm vùng, tiến hành 1 thì hoặc 2 thì (tạo đường hầm và tán sỏi). Chú ý lựa chọn đường vào hợp lý, nông đường hầm (cỡ 14F với nội soi ống cứng và 18F với nội soi ống mềm). Tán sỏi bằng Laser (với công suất từ 50-100W), khi sỏi vỡ nhỏ nên lấy ra bằng rọ hoặc bơm rửa. Đánh giá kết quả dựa vào nội soi đường mật (là chủ yếu), bằng siêu âm và chụp X quang đường mật.

Lưu ý có thể xẻ chỗ hẹp đường mật bằng Laser hoặc đặt stent chỗ hẹp.

Có thể đặt dụng cụ (tạo vỏ) Amplatz đặt vào sau nong tạo đường hầm để dễ thao tác tán sỏi mật qua da và giúp giảm tối đa chảy máu trong khi tiến hành kỹ thuật.

- Kết quả: Tỷ lệ sạch sỏi 70-90%, sỏi còn sót 10-30% (sỏi trong gan, có chít hẹp đường mật ...), biến chứng kỹ thuật từ 4-6%.

Câu hỏi lâm sàng 13: *Ưu nhược điểm của tán sỏi mật qua da bằng điện thủy lực so với phương pháp tán sỏi mật bằng laser holmium?*

*** Khuyến cáo số 13:**

- Tán sỏi mật bằng điện thủy lực (EHL) có ưu điểm là chi phí thấp, dây tán kích thước nhỏ và mềm do đó có thể dễ dàng phối hợp với ống nội soi mềm. Nhược điểm: độ bền của đầu tán không cao, năng lượng không khu trú và thấp, tốc độ tán sỏi chậm.

- Tán sỏi mật qua da bằng laser phù hợp với tán sỏi nhỏ, khả năng hoạt động linh hoạt, hạn chế thất thoát năng lượng, an toàn thuận lợi với độ sâu thâm nhập vào mô tối thiểu và nguy cơ tổn thương không mong muốn thấp.

Nhìn chung tán sỏi Laser tốt hơn do tán nhanh hơn, thời gian điều trị ngắn hơn và chi phí giảm hơn.

Câu hỏi lâm sàng 14: *Chỉ định, kết quả và ưu điểm của tán sỏi túi mật qua da?*

*** Khuyến cáo số 14:**

Tán sỏi túi mật qua da bằng laser holmium là phương pháp điều trị sỏi túi mật không mổ, không gây mê, rất có ý nghĩa với nhóm nguy cơ cao. Tán sỏi túi mật qua da là kỹ thuật giúp bảo tồn các trường hợp túi mật còn tốt. Với nhiều cải tiến, phương pháp tán sỏi mật qua da một thì có khâu kín túi mật được áp dụng với tỷ lệ thành công hết sỏi hoàn toàn gần 95%, là kỹ thuật ít xâm lấn, có thể bảo tồn túi mật và thời gian nằm viện ngắn hơn hoặc tương đương với phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

- Chỉ định tán sỏi túi mật qua da:

Chỉ định tán sỏi túi mật qua da nhìn chung với nhóm có nguy cơ cao với phẫu thuật, tuổi cao và nhóm có mong muốn bảo tồn với tiêu chuẩn lựa chọn chặt chẽ. Nói chung, cần lưu ý:

+ Bệnh nhân có sỏi túi mật, có triệu chứng (bao gồm viêm túi mật nhẹ, chưa hoại tử), có chống chỉ định phẫu thuật, gây mê (như tuổi cao, bệnh mạch vành, bệnh mạch não, COPD nặng, bệnh tiểu đường không kiểm soát ...).

+ Bệnh nhân có sỏi túi mật, có nguy cơ tái phát thấp (túi mật có giải phẫu bình thường, xét nghiệm Triglycerit <8, Cholesterol <11, túi mật có khả năng làm rỗng - co bóp tối thiểu >40% sau ăn, không có viêm gan, xơ gan, không có các bệnh lý khác của túi mật kèm theo như u cơ tuyến, polype, túi thừa ..., không có tiền sử gia đình)

- Kết quả:

+ Tỷ lệ sạch sỏi túi mật: <95%; Tỷ lệ còn sỏi và biến chứng thấp.

+ Tỷ lệ tái phát <10%

Câu hỏi lâm sàng 15: *Quy trình tán sỏi túi mật qua da bằng laser?*

*** Khuyến cáo số 15:**

- Quy trình tán sỏi túi mật qua da bằng laser được thực hiện như sau:

+ **Quy trình cập nhật tán sỏi túi mật qua da bằng laser holmium I thì có khâu túi mật:**

Dưới gây mê nội khí quản và có hướng dẫn của siêu âm để xác

định vị trí chọc và tiến hành rạch da rồi dùng kim để chọc tiếp cận túi mật. Sau đó sử dụng dây dẫn và bộ nong với kích thước từ nhỏ đến lớn để nong tạo đường hầm tán sỏi tương đương khoảng 16Fr. Sử dụng nội sỏi ống cứng để đưa vào tiếp cận trong lòng túi mật. Sau đó sử dụng laser để phá vỡ sỏi và lấy sỏi ra ngoài (không nhất thiết phải tán vụn sỏi mà chỉ cần tán vỡ sỏi rồi sử dụng rọ lấy sỏi ra ngoài). Sau đó sử dụng hình ảnh siêu âm, fluoroscopy, nội soi trực tiếp trong lòng túi mật để đánh giá kết quả và nếu hết sỏi thì khâu 2 lớp (lớp trong chỉ tiêu và lớp ngoài chỉ không tiêu). Đặt dẫn lưu vào túi mật bằng xông Foley để theo dõi dịch mật. Lưu ý một số điểm sau:

- . Đường chọc: Có thể chọc qua khoang liên sườn, xuyên gan (thường dễ làm hơn song có tổn thương gan) hoặc chọc dưới bờ sườn chỉ qua phúc mạc ổ bụng (thường khó hơn, song không làm tổn thương gan).

- . Đường mổ: 0,5mm với 1 lỗ kích thước 0,5mm (cho trocar 16Fr)

- . Sử dụng Laser holmium tán sỏi

- . Khâu 2 lớp: Lớp trong chỉ tiêu, lớp ngoài khâu da.

- . Thời gian: Khoảng 60-90 phút.

- . Sau 1 ngày rút dẫn lưu túi mật, sau 1-3 ngày ra viện, sau 10 ngày cắt chỉ khâu da.

+ ***Ở nhóm bệnh nhân cao tuổi và có nguy cơ cao:*** Nên áp dụng 2 thì, trong đó thì 1 đặt dẫn lưu túi mật để hút dịch mật viêm ra ngoài và điều trị kháng sinh. Sau 7 ngày làm thì 2 với tán sỏi túi mật và trong một số trường hợp nếu có cả sỏi ống mật chủ (OMC) thì có thể tiếp cận với OMC qua ống túi mật và dùng bóng đẩy sỏi OMC xuống tá tràng. Sau 7 ngày điều trị cho chụp kiểm tra và siêu âm, nếu ổn sẽ rút dẫn lưu và cho ra viện.

+ ***Quy trình tiến hành 2 thì (trước đây):***

- . Thì 1: Dẫn lưu túi mật qua da, tạo đường hầm (dưới hướng dẫn của siêu âm và/hoặc chụp động mạch kỹ thuật số xóa nền - DSA): Đặt dẫn lưu cỡ 8F vào túi mật, bơm thuốc cản quang chụp túi mật đánh giá số lượng, kích thước và vị trí sỏi, đánh giá OMC (để phát hiện trường hợp có sỏi OMC đi kèm), lấy dịch mật cấy vi khuẩn.

- . Thì 2: Tán sỏi qua da (sau thì 1 khoảng 3 -5 ngày) dưới hướng dẫn của DSA: Nong và thay dẫn lưu công tán sỏi 14F, đưa ống nội

soi vào túi mật và dùng Laser phá vỡ sỏi, bơm rửa lấy các mảnh sỏi qua cổng tán hoặc sử dụng rọ gấp sỏi, đặt lại ống dẫn lưu. Rút ống dẫn lưu sau 7-10 ngày nếu BN ổn định. Nếu kiểm tra còn sót sỏi thì lặp lại thì 2.

+ **Quy trình tiến hành 1 thì (trước đây):** không chờ hình thành đường hầm, sau khi đặt dẫn lưu túi mật qua da sẽ tiến hành tán sỏi hoặc khi cổng kích thước $\leq 14F$ sẽ tán sỏi 1 thì.

E. Dự phòng và xử trí tổn thương đường mật trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật do sỏi túi mật và những lưu ý trong xử trí viêm túi mật cấp ở người cao tuổi - Có 2 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 16: Dự phòng và xử trí tổn thương đường mật trong mổ nội soi cắt túi mật do sỏi túi mật?

*** Khuyến cáo số 16:**

- Tỷ lệ tổn thương đường mật trong phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật từ 0,32-0,5% do bất thường về giải phẫu, do tổn thương bệnh học và ngoại khoa.

Tỷ lệ phát hiện tổn thương trong lúc mổ 40-85% và hẹp đường mật chiếm gần 20%.

- Phòng tránh: cần cảnh báo nguy cơ, cập nhật kiến thức, tập luyện và đào tạo.

Hiện nay, trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật với huỳnh quang ICG giúp nhìn thấy và xác định các mốc giải phẫu quan trọng của đường mật ngoài gan, từ đó, có thể giúp giảm tai biến tổn thương đường mật. Các biện pháp khác về chẩn đoán hình ảnh có thể áp dụng như chụp đường mật trong mổ (giúp giảm nguy cơ tổn thương đường mật ở viêm túi mật cấp - 95%), siêu âm trong mổ, siêu âm nội soi.

- Phát hiện sớm tổn thương trong mổ: giúp giảm chi phí và tăng chất lượng cuộc sống. Phẫu thuật sửa chữa: tùy đặc điểm tổn thương, phổ biến nhất là nối ống gan/ống mật chủ (OMC) với hồng tràng, tiếp theo là khâu và đặt dẫn lưu Kehr.

- Can thiệp nội soi qua da và nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) khi có tổn thương đường mật (rò đơn giản: đặt stent tạm thời, thành

công 60-90% số trường hợp hẹp đường mật nếu đường mật còn lưu thông), 10-30% chờ đợi cho phẫu thuật.

Câu hỏi lâm sàng 17: *Những lưu ý trong xử trí viêm túi mật cấp ở người cao tuổi?*

* **Khuyến cáo số 17:** Ở người cao tuổi thường có các bệnh lý nội khoa phối hợp và phần lớn bệnh nhân có ASA 2. Ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật sớm thì phẫu thuật dễ dàng hơn, ít dính hơn, phù nề dễ bóc tách hơn... giảm được biến chứng trong và sau mổ và thời gian nằm viện ngắn hơn. Với nhóm bệnh nhân ASA > 2 thì dẫn lưu túi mật trước là phương án tối ưu để chờ phẫu thuật.

F. Vị trí của Phẫu thuật trong điều trị sỏi đường mật chính - Có 6 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 18: *Vị trí của điều trị phẫu thuật sỏi đường mật chính?*

* **Khuyến cáo số 18:**

- Phẫu thuật điều trị sỏi đường mật chính là phương pháp có chỉ định áp dụng khi không có chỉ định lấy sỏi bằng các phương pháp can thiệp qua nội soi ngược dòng và qua da hay các phương pháp này bị thất bại do không làm được hay có biến chứng phải xử trí bằng phẫu thuật.

- Trường hợp cấp cứu do các biến chứng như viêm phúc mạc mật, thủng mật phúc mạc do sỏi mật ... phải mổ mở ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu đường mật.

- Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính phối hợp tán sỏi nội soi đường mật trong mổ tối đa và tán sỏi sót qua đường hầm Kehr sau mổ là lựa chọn tốt giúp cho bệnh nhân bị sỏi đường mật chính được hưởng các ưu điểm của phẫu thuật nội soi ít xâm hại, với tỷ lệ sạch sỏi cao, chi phí thấp và an toàn.

Câu hỏi lâm sàng 19: *Phẫu thuật nội soi (PTNS) kết hợp ống soi mềm trong mổ không đặt dẫn lưu đường mật và PTNS lấy sỏi OMC qua ống túi mật hoặc phẫu thuật làm đường hầm OMC - Túi mật - Da điều trị nội soi sỏi mật tái phát?*

*** Khuyến cáo số 19:**

- Phẫu thuật nội soi kết hợp ống soi mềm trong mổ không đặt dẫn lưu đường mật với sỏi đường mật chính ngoài gan có nhiều ưu điểm như: tỷ lệ sạch sỏi cao, đánh giá được đường mật, tình trạng cơ Oddi. Điều kiện để khâu kín OMC trong PTNS kết hợp nội soi đường mật là: Đường mật sạch sỏi; Oddi thông; Không có chảy máu đường mật; OMC giãn ($\geq 1\text{cm}$); Phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

- Phẫu thuật nội soi lấy sỏi OMC qua ống túi mật: Chỉ định cho bệnh nhân ít sỏi nhỏ OMC (sỏi nhỏ $< 1\text{cm}$, ống túi mật $> 3\text{mm}$), có chỉ định cắt túi mật do có sỏi túi mật hoặc viêm túi mật. Về kỹ thuật: lưu ý nông ống túi mật và dùng ống soi mềm, lấy sỏi bằng rọ.

- Điều trị sỏi đường mật tái phát bằng nội soi qua đường hầm OMC - Túi mật - Da với mở đáy túi mật (chú ý đường kính miệng nối OMC - Túi mật $> 2\text{cm}$) và lấy sỏi bằng rọ/ tán sỏi.

Câu hỏi lâm sàng 20: Những lưu ý trong xử trí biến chứng hẹp đường mật do sỏi đường mật trong gan?

*** Khuyến cáo số 20:** Nội soi đường mật là một công cụ có giá trị để tìm sỏi mật và đánh giá đặc điểm đường mật, nhất là hẹp đường mật do sỏi đường mật trong gan và gặp nhiều nhất là hẹp ống gan trái với đại đa số là hẹp hình nhẫn. Phẫu thuật cắt gan và rạch nhu mô cùng với tán sỏi qua nội soi là phương pháp an toàn và hiệu quả để tăng tỷ lệ làm sạch sỏi trong gan và hẹp đường mật. Tiếp cận đa mô thức và vị trí sỏi trong gan là hai yếu tố liên quan đến khả năng sạch sỏi. Điều trị toàn diện và tích cực là cần thiết đối với sỏi trong gan phức tạp có hẹp đường mật.

Câu hỏi lâm sàng 21: Giá trị của phẫu thuật nông đường mật và lấy sỏi bằng nội soi ống mềm điều trị hẹp và sỏi đường mật chính?

*** Khuyến cáo số 21:** Ứng dụng nội soi ống mềm giúp nông hẹp và lấy sỏi trong mổ mở OMC hoặc qua đường hầm dẫn lưu Kehr. Thường nông hẹp đường mật bằng bóng nông với lấy sỏi bằng rọ và tán sỏi bằng Laser hoặc điện thủy lực giúp tỷ lệ thành công nông hẹp đường mật tới gần 90% và tỷ lệ sạch sỏi gần 85%.

Câu hỏi lâm sàng 22: *Vai trò của phẫu thuật cắt gan trong điều trị sỏi đường mật?*

* **Khuyến cáo số 22:** Phẫu thuật cắt gan là phương pháp lấy bỏ sỏi và phần gan chứa sỏi, nhằm tránh tái phát sỏi và xử lý các biến chứng của sỏi đường mật (như xơ gan, ung thư đường mật ...) với yêu cầu: sạch sỏi, hết tổn thương và bảo tồn đường mật còn lại.

- **Chỉ định:** Với sỏi trong gan, áp xe đường mật, chảy máu đường mật, chít hẹp đường mật trong gan, biến chứng gan xơ teo ... Nhìn chung, đối với hẹp và sỏi tái phát trong gan khur trú, cắt gan là phương pháp điều trị triệt để nhất cho kết quả tốt.

- **Mức độ cắt:** Chủ yếu là cắt gan phân thùy bên / phân thùy sau; cắt gan trái / cắt gan phân thùy bên và hạ phân thùy (HPT) V, VI ... Đôi khi: cắt HPT III / HPT V / HPT VI, cắt gan phải / gan trái và HPT I / Phân thùy bên và sau ... Nhìn chung, cắt gan thường được thực hiện cho sỏi đường mật trong gan 1 bên, mà thường là bên trái, nhất là khi có hẹp đường mật và sỏi cùng tái phát gây nên viêm đường mật tái diễn, dẫn đến teo nhu mô gan, ung thư đường mật. Vì vậy nên cắt gan cho những trường hợp tổn thương khu trú ở 1 thùy gan.

Phối hợp đánh giá trong mổ bằng nội soi đường mật, X-quang, siêu âm.

- Tỷ lệ sạch sỏi sau ra viện >90%.

Câu hỏi lâm sàng 23: *Lợi ích của phẫu thuật nội soi cắt gan trong điều trị sỏi đường mật?*

* **Khuyến cáo số 23:** Phẫu thuật nội soi cắt gan trong điều trị sỏi mật là phẫu thuật an toàn, giúp lấy triệt để sỏi, cắt bỏ toàn bộ đường mật bệnh lý và bảo tồn phần đường mật lành cùng các ưu điểm khác của phẫu thuật nội soi như ít biến chứng, đỡ đau sau mổ, nhanh hồi phục, thẩm mỹ cao và rút ngắn ngày nằm điều trị.

G. Tóm tắt khuyến cáo chẩn đoán hình ảnh và xu thế điều trị sỏi mật tại Việt Nam - Có 3 khuyến cáo

Câu hỏi lâm sàng 24: *Tóm tắt Khuyến cáo chẩn đoán hình ảnh sỏi mật ở Việt Nam?*

Khuyến cáo số 24:

- **Siêu âm** là thăm khám đầu tay phát hiện sỏi mật. Siêu âm chẩn đoán sỏi túi mật với độ nhạy, độ đặc hiệu cao: 90-95%; với sỏi OMC có độ chính xác 79-98%; với sỏi trong gan có độ nhạy, độ đặc hiệu cao 90-95%. Ngoài ra, siêu âm giúp đo chức năng túi mật.

- **Chụp cắt lớp vi tính** được dùng rộng rãi, nhất là ở bệnh nhân to béo, sẹo mổ cũ. Chụp cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán chính xác sỏi mật trên 80%.

- **Chụp cộng hưởng từ** là phương pháp không xâm hại với hình ảnh chất lượng cao, giúp chẩn đoán chính xác >90% và nên dùng máy có từ lực tối thiểu 1,5 Tesla.

Câu hỏi lâm sàng 25: Tóm tắt Khuyến cáo về điều trị ít xâm lấn sỏi mật ở Việt Nam?

Khuyến cáo số 25:

- **Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP)** là phương pháp tiêu chuẩn, ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi OMC với tỷ lệ thành công 85-95%, nhất là với sỏi đơn độc phần thấp của OMC và trong cấp cứu viêm mủ đường mật, viêm tụy cấp do sỏi mật, sỏi OMC tái phát mà phẫu thuật có nhiều nguy cơ. Với các sỏi OMC khó can kết hợp kỹ thuật cắt cơ vòng và nong bằng bóng.

- **Điều trị tán sỏi mật xuyên gan qua da**

+ **Chỉ định:** sỏi trong gan, sỏi sỏi và sỏi tái phát, sỏi OMC (không có chỉ định ERCP); Bệnh nhân có sỏi OMC nhưng không có chỉ định ERCP hoặc ERCP thất bại; Bệnh nhân kết hợp sỏi đường mật trong gan và sỏi ống mật chủ; Điều trị sỏi sỏi và sỏi tái phát.

+ **Kỹ thuật:** gồm 2 thì là tạo đường hầm và thì tán sỏi bằng Laser (nhanh hơn) hoặc bằng Điện thủy lực (chi phí thấp hơn)

+ Với **sỏi túi mật:** Chỉ định khi có viêm túi mật cấp do sỏi có chống chỉ định gây mê, nhất là có nguy cơ cao, tuổi cao và nhóm có mong muốn bảo tồn với tiêu chuẩn lựa chọn chặt chẽ.

+ **Kết quả:** tỷ lệ sạch sỏi túi mật 95%, sỏi trong gan 80%.

Câu hỏi lâm sàng 26: Tóm tắt Khuyến cáo về điều trị phẫu thuật và xu thế điều trị sỏi đường mật ở Việt Nam?

Khuyến cáo số 26:

- **Điều trị phẫu thuật nội soi sỏi đường mật:** Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi mật là khả thi, an toàn và có tỷ lệ sạch sỏi cao khi kết hợp với nội soi đường mật lấy sỏi. Điều kiện để khâu kín OMC trong PTNS có nội soi đường mật: Đường mật sạch sỏi; Oddi thông; Không có chảy máu đường mật; OMC giãn ($\geq 1\text{cm}$); Phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Với viêm túi mật cấp ở người cao tuổi cần lựa chọn chiến thuật hợp lý.

- **Phòng tránh tổn thương đường mật** trong PTNS cắt túi mật: cần cảnh báo nguy cơ, có kiến thức, tập luyện và đào tạo. Áp dụng chẩn đoán hình ảnh trong mổ đặc biệt với chụp với Huỳnh quang ICG giúp nhìn thấy và xác định tốt các mốc giải phẫu quan trọng của đường mật ngoài gan, nắm được các bất thường về đường mật, từ đó, có thể giúp giảm tai biến tổn thương đường mật. Ngoài ra có thể Chụp đường mật trong mổ, Siêu âm trong mổ.

- **Phẫu thuật cắt gan** và rạch nhu mô cùng với tán sỏi qua nội soi là phương pháp an toàn và hiệu quả để tăng tỷ lệ làm sạch sỏi trong gan và hẹp đường mật. Phẫu thuật nội soi cắt gan ...

Nhìn chung: Sỏi mật là bệnh lý phổ biến ở Việt Nam. Hiện nay có rất nhiều phương pháp điều trị khác nhau như phẫu thuật, ERCP, tán sỏi đường mật qua da bằng các dụng cụ cơ học (với giỏ...), tán sỏi đường mật qua da bằng năng lượng laser (dưới hướng dẫn của siêu âm, DSA và nội soi). Điều trị ít xâm lấn như lấy sỏi qua nội soi đường mật ngược dòng, tán sỏi qua đường xuyên gan qua da sẽ là **xu thế** được ưu tiên lựa chọn cùng với phẫu thuật truyền thống, phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi mật với nhiều ưu điểm và giảm các nguy cơ phẫu thuật và gây mê. Ứng dụng chụp với Huỳnh quang ICG giúp giảm tai biến tổn thương đường mật trong mổ. Cần phối hợp **các kíp** (Nội gan mật, Chẩn đoán hình ảnh, Nội soi tiêu hoá, Phẫu thuật viên Gan mật tụy, Y học cổ truyền ...) trong điều trị sỏi mật

HỘI GAN MẬT VIỆT NAM CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 5 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Khuyến cáo hướng dẫn về điều trị bệnh Sỏi mật tại Việt Nam” của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam

CHỦ TỊCH HỘI GAN MẬT VIỆT NAM

Căn cứ Chức năng và quyền hạn của Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Khuyến cáo hướng dẫn về điều trị bệnh Sỏi mật tại Việt Nam” (Bản Cập nhật 2025) của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam.

Điều 2. “Khuyến cáo hướng dẫn về điều trị bệnh Sỏi mật tại Việt Nam” của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam là tài liệu hướng dẫn được áp dụng trong tất cả các cơ sở y tế.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành./.

**CHỦ TỊCH
HỘI GAN MẬT VIỆT NAM**



Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải

KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ ĐƯỜNG MẬT VÙNG RỖN GAN Ở VIỆT NAM

Guideline Recommendations of Diagnosis and Treatment of Perihilar Cholangiocarcinoma (PHC) in Vietnam (*Bản Phát hành lần đầu 2025/ First announcement 2025*) Với tổng số 14 khuyến cáo hướng dẫn

Câu hỏi lâm sàng 1: Những thách thức và khuynh hướng hiện nay về điều trị ung thư biểu mô đường mật vùng rốn gan (PHC)?

Khuyến cáo số 1: Ung thư biểu mô đường mật vùng rốn gan (Perihilar cholangiocarcinoma - PHC) hay còn gọi là u Klatskin là bệnh lý ác tính xuất phát từ biểu mô của đường mật từ chỗ ống gan phải và trái hợp lại thành ống gan chung đến chỗ ống túi mật đổ vào ống gan chung. PHC chiếm tỷ lệ 60-80% trong ung thư đường mật và đứng thứ 2 sau ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Tiên lượng của PHC khá xấu. Điều trị phẫu thuật là một thách thức lớn vì u có thể xâm lấn tĩnh mạch cửa, động mạch gan và đường mật trong gan. Khuynh hướng hiện nay là phẫu thuật kết hợp với hoá trị, miễn dịch và điều trị đích để cải thiện kết quả. Việc phòng ngừa và tầm soát, chẩn đoán phát hiện sớm bệnh giúp nâng cao hiệu quả điều trị.

Câu hỏi lâm sàng 2: Những yếu tố nguy cơ của PHC?

Khuyến cáo số 2:

- Các yếu tố nguy cơ cao đối với PHC như: Nang ống mật chủ, viêm xơ đường mật tiên phát (PSC), nhiễm ký sinh trùng, sỏi mật trong gan và sỏi ống mật chủ.

- Ngoài tình trạng viêm mạn tính của đường mật được coi là yếu tố nguy cơ chính thì các yếu tố khác có thể cần xem xét như: tuổi cao, giới tính nam, viêm túi mật, bệnh viêm ruột, xơ gan do rượu, xơ gan không do rượu và viêm tụy mạn; khối thuốc, amiăng, đa hình

di truyền, sỏi đường mật và béo phì, tiền sử bệnh viêm ruột mạn tính, tiếp xúc với hóa chất (như: 1,2-dichloropropane) và tiền sử gia đình bị ung thư đường mật ... Cần lưu ý các yếu tố trên trong phòng ngừa bệnh.

Câu hỏi lâm sàng 3: Phân loại hình thái mô bệnh học, các yếu tố tiên lượng và đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh của PHC?

Khuyến cáo số 3:

- Về phân loại, PHC là ung thư tuyến thông thường hoặc các khối u không điển hình khác dựa trên tế bào học hoặc sinh thiết đường mật. Tổn thương giải phẫu bệnh PHC có 3 thể: thâm nhiễm, thể khối và thể polyp.

- Các yếu tố tiên lượng về ung thư học của PHC gồm: Sự mở rộng của khối u trong đường mật, xâm lấn mạch máu, teo thùy gan, bệnh di căn và hoá trị liệu.

- Đặc điểm thương tổn theo phân loại của Bismuth- Corlette hay gặp nhất là loại III (khoảng 60%) và đa số là thể thâm nhiễm (gần 70%). Với phân giai đoạn TNM của Hoa Kỳ (AJCC) gặp nhiều ở giai đoạn II và III nhằm giúp dự đoán tiên lượng, khả năng sống sót sau phẫu thuật của bệnh nhân.

Câu hỏi lâm sàng 4: Những lưu ý giúp chẩn đoán phát hiện sớm PHC?

Khuyến cáo số 4: Ung thư đường mật rốn gan là bệnh lý phức tạp có tiên lượng không tốt cần được phát hiện sớm, các bước cơ bản để tiến hành chẩn đoán bao gồm khám lâm sàng, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa chức năng gan, các chất chỉ điểm khối u, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT) đa lát cắt và đặc biệt là chụp cộng hưởng từ mật tụy giúp chẩn đoán bệnh sớm hơn. Sinh thiết lỏng là một công cụ mới để chẩn đoán ung thư sớm hơn với mức độ xâm lấn tối thiểu.

Câu hỏi lâm sàng 5: Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán PHC?

Khuyến cáo số 5:

- Các triệu chứng lâm sàng cần lưu ý là vàng da không đau và tăng dần (90-100%), ngứa (50-85%) cùng các triệu chứng khác như: đau tức vùng hạ sườn phải, túi mật xẹp, phân bạc màu, gây sút cân ...

- Các xét nghiệm chất chỉ điểm ung thư như CEA, Ca 19-9 đều tăng, trong đó lưu ý CA 19-9 là đáng tin cậy hơn.

- Xét nghiệm tế bào học bằng bàn chải có hướng dẫn của ERCP và sinh thiết giúp chẩn đoán mô học khi nghi ngờ hoặc khi hẹp đường mật không rõ nguyên nhân. Trong các trường hợp nghi ngờ di căn vùng tại chỗ, siêu âm nội soi (EUS) nên được sử dụng để phân giai đoạn và lấy mẫu mô.

- Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính đa dãy giúp phát hiện hầu hết các khối u đường mật rốn gan (>96%). Đặc biệt, chụp cộng hưởng từ giúp phát hiện dấu hiệu u lên tới 100%. PET-CT có thể hỗ trợ chẩn đoán bệnh di căn xa. Cần đánh giá thêm sự xâm lấn mạch máu và teo gan khi dự kiến phẫu thuật cắt bỏ.

- Việc kết hợp chẩn đoán hình ảnh với nồng độ IgG4 và CA19-9 huyết thanh có thể cải thiện độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán trước phẫu thuật, đồng thời làm giảm chẩn đoán sai giúp hạn chế phẫu thuật không cần thiết.

Câu hỏi lâm sàng 6: Vị trí của điều trị phẫu thuật đối với PHC?

Khuyến cáo số 6:

- Phẫu thuật điều trị ung thư đường mật rốn gan có tỷ lệ thành công cao (>93%) và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân nhưng tỷ lệ chung tai biến trong mổ (mà hay gặp là rách tĩnh mạch cửa phải) và biến chứng sau mổ còn khá cao. Đặc biệt tử vong sau mổ vẫn còn ở mức 5,4-6,5% và thời gian sống lâu dài sau mổ còn chưa cao, sau 5 năm <33% (Thế giới >40%) nên việc lựa chọn bệnh nhân trước khi phẫu thuật rất quan trọng và phẫu thuật phải được thực hiện ở những trung tâm có chuyên khoa về phẫu thuật gan mật.

- Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật tuy đã được dự kiến trước khi phẫu thuật nhưng trong lúc tiến hành phẫu thuật phụ

thuộc vào những biến đổi giải phẫu học, tình trạng bệnh nhân trong phẫu thuật, trang thiết bị phương tiện hỗ trợ và khả năng của gây mê hồi sức.

- Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ cần lưu ý là sự xâm lấn thùy đuôi, phân loại tổn thương trong mô theo Bismuth-Corlette, giai đoạn ung thư, diện cắt, di căn hạch và hoá trị liệu.

Câu hỏi lâm sàng 7: *Đánh giá khả năng cắt bỏ được thực hiện thế nào?*

Khuyến cáo số 7: Việc đánh giá khả năng phẫu thuật cắt bỏ nên được thực hiện trong các cuộc hội chẩn đa chuyên khoa về gan mật (MDT), xem xét mức độ xâm lấn đường mật, teo thùy gan, xâm lấn mạch máu và phần gan còn lại (FLR) và nên được thực hiện tại các trung tâm chuyên môn cao. Để tránh nguy cơ suy gan sau phẫu thuật triệt căn điều trị PHC cần đảm bảo thể tích gan còn lại (FLR) so với thể tích gan toàn bộ (TLV) phải $>30\%$ hoặc $>35-40\%$ khi chất lượng gan kém do ứ mật hoặc xơ gan.

Khi phần gan còn lại (FLR) nhỏ cần làm phẫu thuật thuyên tắc tĩnh mạch cửa (PVE) và khi bệnh nhân có giãn đường mật trong phần gan còn lại (FLR), nên đặt ống dẫn lưu đường mật trước khi thực hiện PVE.

Câu hỏi lâm sàng 8: *Về giải áp đường mật trước phẫu thuật?*

Khuyến cáo số 8: Dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật cho PHC có chỉ định ở bệnh nhân bị vàng da, nhất là khi có viêm đường mật, liệu pháp điều trị tân hỗ trợ, chuẩn bị cho thuyên tắc tĩnh mạch cửa, suy dinh dưỡng, suy gan hoặc suy thận, khi thể tích phần gan còn lại (FLR) sau phẫu thuật $\leq 30\%$, và có các triệu chứng làm suy nhược cơ thể như ngứa trầm trọng.

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) được khuyến nghị cho phân loại Bismuth-Corlette I và II, trong khi sự kết hợp giữa ERCP và dẫn lưu đường mật qua da (PTBD) hoặc PTBD một mình được khuyến nghị cho phân loại Bismuth-Corlette III và IV của PHC.

Dẫn lưu đường mật qua da được khuyến cáo cho những bệnh nhân không thành công và/hoặc không hiệu quả trong việc dẫn lưu mật qua nội soi (EBD). Chụp đường mật qua da hoặc nội soi có khả năng hiển thị các đường mật tốt hơn với độ nhạy là 84% và độ đặc hiệu là 97%. Cần lưu ý nguy cơ viêm đường mật cũng như sự lan tràn tổ chức ung thư.

Câu hỏi lâm sàng 9: *Các nguyên tắc chung của phẫu thuật triệt căn?*

Khuyến cáo số 9: Điều trị hiệu quả nhất với ung thư đường mật vùng rốn gan là phẫu thuật triệt căn, phương pháp này luôn là lựa chọn hàng đầu đối với những trường hợp phát hiện ở giai đoạn sớm, chức năng gan của bệnh nhân chưa bị suy giảm. Phẫu thuật triệt căn cắt bỏ dựa trên chụp CT đa lát cắt cùng chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP) và khối u được cắt bỏ với đường mật liên quan, túi mật, phần gan cùng bên và thùy đuôi với mục tiêu đạt được bờ phẫu thuật âm tính (R0). Nạo vét hạch trong PHC là bắt buộc thực hiện, nhóm hạch được khuyến cáo là nhóm 8, 9, 12, 13. Cắt u đảm bảo R0. Có thể cắt gan kèm cắt khối tá tụy khi bờ phẫu thuật đầu xa còn tế bào ác tính.

Câu hỏi lâm sàng 10: *Các nguyên tắc cụ thể và các bước kỹ thuật chính trong phẫu thuật đối với PHC?*

Khuyến cáo số 10:

- Phẫu thuật ung thư đường mật vùng rốn gan cần đạt được các **nguyên tắc cụ thể** sau: (1) Cắt bỏ được khối u về mặt đại thể và nạo vét hạch rộng để tránh bỏ sót tổ chức ung thư. (2) Đưa dịch mật trở lại đường tiêu hóa. (3) Giảm thiểu tỷ lệ tử vong và suy gan sau mổ. (4) Đối với phẫu thuật triệt căn: cắt đường mật, cắt khối u đến khi hai đầu phẫu thuật không còn tế bào ác tính trên vi thể (R0), kèm theo cắt gan phải hoặc gan trái và cắt thùy đuôi của gan, lấy bỏ hết tổ chức cơ quan bị u xâm lấn, di căn cộng với nạo hạch vùng rốn gan, phải bảo tồn nhu mô gan còn lại ít nhất 30-40% để thực hiện tốt chức năng. (5) Sử dụng phương pháp không va chạm “No-touch”, giữ phẫu trường sạch sẽ tránh lây nhiễm và rơi rớt tế bào ung thư.

- **Các bước kỹ thuật chính** khi thực hiện phẫu thuật: Bước 1: Thăm sát và thực hiện phẫu tích vùng rốn gan. Bước 2: Phẫu tích u ra khỏi tĩnh mạch cửa và động mạch gan, nạo vét hạch vùng cuống gan. Bước 3: Phẫu tích cắt đường mật, tách u ra khỏi tĩnh mạch cửa và động mạch gan vùng rốn gan. Bước 4: Cắt gan trong ung thư đường mật vùng rốn gan. Bước 5: Nối mật ruột.

Câu hỏi lâm sàng 11: Khi nào chỉ định ghép gan trong PHC?

Khuyến cáo số 11: Chỉ định ghép gan trong PHC nên được áp dụng khi có hẹp ác tính (hẹp nhiều ở vùng rốn gan trên hình ảnh), có kết quả giải phẫu bệnh khẳng định (qua sinh thiết hoặc có tế bào học nội soi dương tính), khối u <3 cm, chưa có di căn, xét nghiệm đa nhiễm sắc thể FISH dương tính và CA 19-9 > 100 UI/ml khi không có vàng da tắc mật, có khối u trên chẩn đoán hình ảnh, không thể phẫu thuật cắt bỏ, thể trạng bệnh nhân cho phép ghép gan (ECOG <3), tuổi dưới 70 và đã được hoá trị tân hỗ trợ.

Đối với PHC không thể cắt bỏ được theo tiêu chuẩn Mayo Clinic, ghép gan có thể được xem xét sau liệu pháp điều trị tân hỗ trợ. Phác đồ điều trị tân hỗ trợ nên bao gồm sự kết hợp của hóa trị và xạ trị. Lưu ý có thể ghép động mạch và tĩnh mạch (tự nhiên hoặc tổng hợp) trong ghép gan.

Câu hỏi lâm sàng 12: Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật được thực hiện theo các phác đồ nào?

Khuyến cáo số 12: Đối với những bệnh nhân PHC với R0 và hạch vùng âm tính, có thể dùng: Fluoropyrimidine (5-fluorouracil hoặc capecitabine) hoặc hóa trị liệu dựa trên gemcitabine hay hóa xạ trị dựa trên Fluoropyrimidine.

Với PHC đã được phẫu thuật cắt bỏ u có bờ phẫu thuật R1 hoặc hạch vùng dương tính, các lựa chọn điều trị bao gồm: (1) Hóa trị liệu dựa trên fluoropyrimidine- hoặc gemcitabine (2) hóa xạ trị dựa trên fluoropyrimidine và (3) hóa xạ dựa trên fluoropyrimidine hoặc gemcitabine tiếp theo là hóa xạ trị liệu dựa trên fluoropyrimidine.

Hiện nay, durvalumab hoặc dembrolizumab kết hợp với gemcis được cho là có hiệu quả.

Với các trường hợp trên có đột biến FGFR, IDH1... nên cân nhắc thuốc ức chế FGFR (ví dụ: Pemigatinib, Ivosidenib) điều trị phổi hợp với hóa trị liệu cho kết quả bước đầu hiệu quả. Các bệnh nhân ung thư biểu mô đường mật đã phẫu thuật nên được xem xét hóa trị hỗ trợ trong 24 tuần.

Câu hỏi lâm sàng 13: Quy trình theo dõi sau phẫu thuật/ghép gan?

Khuyến cáo số 13: Nhóm nguy cơ cao (cắt bỏ R1 hoặc R0 có một hoặc nhiều yếu tố tiên lượng xấu) nên được theo dõi 3 tháng một lần bằng khám lâm sàng, CA19-9 và siêu âm. Nên chụp CT 6 tháng một lần cho đến 5 năm. Nhóm nguy cơ thấp (cắt bỏ R0 không có yếu tố nguy cơ) nên được theo dõi 3 tháng một lần với khám lâm sàng, CEA, CA19-9 và siêu âm. Việc chụp CT nên được thực hiện 6 tháng một lần trong 1 năm thứ nhất và sau đó hàng năm cho đến 5 năm.

Câu hỏi lâm sàng 14: Điều trị PHC tiến triển được thực hiện ra sao?

Khuyến cáo số 14: Thuốc ức chế miễn dịch (ICI) hiện nay được kết hợp trong phác đồ bước một và nên được sử dụng cùng với gemcitabine và cisplatin trong PHC di căn. Khi có đột biến FGFR, IDH1 nên cân nhắc thuốc ức chế FGFR (ví dụ: Pemigatinib, Ivosidenib) là liệu pháp bước hai. Chú ý chăm sóc giảm nhẹ, tập trung kiểm soát triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống và hỗ trợ tâm lý xã hội. Cân nhắc liệu pháp xạ trị giảm nhẹ đối với ung thư di căn có triệu chứng. Làm tốt công tác dinh dưỡng cho các bệnh nhân ung thư biểu mô đường mật vùng rốn gan.

HỘI GAN MẬT VIỆT NAM CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 5 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Chẩn đoán và điều trị Ung thư đường mật vùng rốn gan ở Việt Nam”
(Bản Phát hành lần đầu 2025)

CHỦ TỊCH HỘI GAN MẬT VIỆT NAM

Căn cứ Chức năng và quyền hạn của Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Chẩn đoán và điều trị Ung thư đường mật vùng rốn gan ở Việt Nam” (Bản Phát hành lần đầu 2025)

Điều 2. Khuyến cáo hướng dẫn của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam về Chẩn đoán và điều trị Ung thư đường mật vùng rốn gan ở Việt Nam (Bản Phát hành lần đầu 2025) là tài liệu hướng dẫn được áp dụng trong tất cả các cơ sở y tế.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành./.

CHỦ TỊCH
HỘI GAN MẬT VIỆT NAM



Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải

KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ CÁC TIẾN BỘ TRONG ĐIỀU TRỊ ÍT XÂM LẤN BỆNH LÝ GAN MẬT TUY Ở VIỆT NAM

(Với 46 khuyến cáo hướng dẫn)

Guideline Recommendations about Advances in Less invasive treatment

for Hepato biliary pancreatic diseases in Vietnam

(With 46 guideline recommendations)

A. KHUYẾN CÁO CHUNG

* **Câu hỏi lâm sàng 1:** *Các tiến bộ và ưu thế của điều trị ít xâm lấn bệnh lý gan mật tuy ở Việt Nam?*

* **Khuyến cáo số 1:**

Có nhiều ***Tiến bộ trong điều trị can thiệp và phẫu thuật ít xâm lấn bệnh lý gan mật tuy ở Việt Nam***, trong đó đáng kể là các tiến bộ:

- **Về Can thiệp ít xâm lấn bệnh lý Mật - Tuy:** với 25 khuyến cáo hướng dẫn từ số 2 - 26

+ Điều trị tán sỏi mật qua da (hoặc qua đường hầm Kehr) bằng laser hoặc bằng điện thủy lực (Các khuyến cáo từ số 2 - 5)

+ Xử trí các biến chứng về mạch máu và về đường mật sau mổ ghép gan và xử trí với can thiệp ít xâm lấn (Khuyến cáo số 6)

+ Ứng dụng nội soi mật tuy ngược dòng (ERCP) trong điều trị sỏi đường mật và bệnh lý ống tuy (Các khuyến cáo từ số 7 - 12)

+ Dẫn lưu mật dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS) (Các khuyến cáo từ số 13 - 16);

+ Dẫn lưu mật bằng nội soi trong hẹp đường mật vùng rốn gan (Hilar strictures) có phối hợp ERCP, EUS và Xử trí rò mật, rò bạch huyết gan sau mổ bằng kỹ thuật ít xâm lấn (Các khuyến cáo số từ số 17 - 18)

+ Dẫn lưu ống tuy, chiến thuật “tiếp cận từng bước – step-up” trong viêm tuy hoại tử và dẫn lưu rò tuy sau phẫu thuật dưới hướng

dẫn của siêu âm nội soi (EUS) hoặc ERCP/EUS (Các khuyến cáo từ số 19 - 21);

+ Quy trình điều trị bằng nội soi cho nang nước tụy và kết quả đốt nang tụy dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS) (Các khuyến cáo từ số 22 - 23).

+ Các kỹ thuật tiêm khối ung thư tụy và các khối u khác của tụy dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS) (Các khuyến cáo từ số 24 - 26).

- **Về Can thiệp ít xâm lấn bệnh lý Gan và nút tĩnh mạch gan chuẩn bị phẫu thuật cắt gan do HCC:** với 9 khuyến cáo hướng dẫn từ 27 - 35:

+ Can thiệp với RFA và MWA cho HCC (Các khuyến cáo từ số 27 - 29).

+ Can thiệp nút mạch cho HCC (Các khuyến cáo từ số 30 - 32).

+ Can thiệp nút tĩnh mạch cửa kết hợp nút tĩnh mạch gan đồng thời làm phôi đại gan trước phẫu thuật cắt gan lớn do HCC (Khuyến cáo số 33)

+ Can thiệp với Nút mạch xạ trị trong - SIRT (Các khuyến cáo từ số 34 - 35).

- **Về Phẫu thuật ít xâm lấn bệnh lý Gan mật tụy:** với 11 khuyến cáo hướng dẫn từ 36 - 46

+ Phẫu thuật nội soi trong lấy gan từ người hiến sống và ghép gan (Các khuyến cáo từ số 36 - 37)

+ Phẫu thuật nội soi ít xâm lấn trong phương pháp thắt tĩnh mạch cửa và tách gan cho cắt gan 2 thùy (ALPPS) (Khuyến cáo số 38)

+ Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (Khuyến cáo số 39)

+ Phẫu thuật nội soi và phẫu thuật Robot điều trị ung thư tụy (Khuyến cáo số 40)

+ Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy với kỹ thuật tiếp cận động mạch mạc treo tràng trên thì đầu (Khuyến cáo số 41)

+ Điều trị phẫu thuật ít xâm lấn với viêm tụy mạn tính (Khuyến cáo số 42)

- + Phẫu thuật với đường mổ nhỏ nổi nang tụy dạ dày điều trị nang giả tụy kích thước lớn (Khuyến cáo số 43)
- + Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi mật (Các khuyến cáo từ 44-46).

Các Ưu thế của điều trị can thiệp và phẫu thuật ít xâm lấn trong bệnh lý Gan mật tụy là rõ ràng, giúp mang lại nhiều hiệu quả, sự an toàn và ít xâm lấn về điều trị, trong đó đáng lưu ý là: ít đau, nhanh hồi phục sau làm kỹ thuật, thời gian nằm viện ngắn, chi phí giảm, tính thẩm mỹ cao hơn, có thể triển khai ở nhiều cơ sở y tế ...

B. KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ CAN THIỆP ÍT XÂM LẤN BỆNH LÝ MẬT - TUY

* ***Câu hỏi lâm sàng 2:*** Ứng dụng điều trị tán sỏi mật qua da bằng laser?

* **Khuyến cáo số 2:** Laser holmium có năng lượng tập trung khu trú, chính xác, công suất tán sỏi lớn nên thời gian tán sỏi được rút ngắn và được ứng dụng rộng rãi trong tán sỏi mật. Nhất là chỉ định cho sỏi đường mật trong gan, sỏi OMC nhưng không có chỉ định ERCP hoặc ERCP thất bại và điều trị sỏi sỏi và sỏi tái phát. Trong kỹ thuật lưu ý dưới vô cảm vùng và lựa chọn đường vào hợp lý, nông đường hầm, tán sỏi bằng Laser và lấy ra bằng rọ hoặc bơm rửa. Đánh giá kết quả chủ yếu dựa vào nội soi đường mật. Tỷ lệ sạch sỏi cao khoảng 80%, sỏi còn sót khoảng 20%.

* ***Câu hỏi lâm sàng 3:*** Ưu nhược điểm của tán sỏi mật qua da bằng điện thủy lực so với phương pháp tán sỏi mật bằng laser holmium?

* **Khuyến cáo số 13:** Nhìn chung ***Tán sỏi Laser*** tốt hơn do tán nhanh hơn, thời gian điều trị ngắn hơn và chi phí giảm hơn (phù hợp với tán sỏi nhỏ, khả năng hoạt động linh hoạt, hạn chế thất thoát năng lượng, an toàn thuận lợi với độ sâu thâm nhập vào mô tối thiểu và nguy cơ tổn thương không mong muốn thấp). ***Tán sỏi mật bằng điện thủy lực (EHL)*** có ưu điểm là chi phí thấp, dây tán kích thước nhỏ và

mềm do đó có thể dễ dàng phối hợp với ống nội soi mềm. Tuy nhiên độ bền của đầu tán không cao, năng lượng không khu trú và thấp, tốc độ tán sỏi chậm.

* **Câu hỏi lâm sàng 4:** *Chỉ định, kết quả và ưu điểm của tán sỏi túi mật qua da?*

* **Khuyến cáo số 4:**

Tán sỏi túi mật qua da bằng laser holmium là phương pháp điều trị sỏi túi mật không mổ, không gây mê, rất có ý nghĩa với nhóm nguy cơ cao. Tán sỏi túi mật qua da là kỹ thuật giúp bảo tồn các trường hợp túi mật còn tốt. Với nhiều cải tiến, phương pháp tán sỏi mật qua da một thì có khâu kín túi mật được áp dụng với tỷ lệ thành công hết sỏi hoàn toàn gần 95%, là kỹ thuật ít xâm lấn, có thể bảo tồn túi mật và thời gian nằm viện ngắn hơn hoặc tương đương với phẫu thuật nội soi cắt túi mật. ***Chỉ định tán sỏi túi mật qua da*** nhìn chung với nhóm có nguy cơ cao với phẫu thuật, tuổi cao và nhóm có mong muốn bảo tồn với tiêu chuẩn lựa chọn chặt chẽ. ***Kết quả:*** Tỷ lệ sạch sỏi túi mật cao <95%; Tỷ lệ còn sỏi và biến chứng thấp. Tỷ lệ tái phát <10%

* **Câu hỏi lâm sàng 5:** *Quy trình tán sỏi túi mật qua da bằng laser?*

* **Khuyến cáo số 5:** Quy trình tán sỏi túi mật qua da bằng laser 1 thì có khâu túi mật được thực hiện như sau: Gây mê nội khí quản và có hướng dẫn của siêu âm xác định vị trí chọc và tiến hành rạch da rồi dùng kim để chọc tiếp cận túi mật. Sử dụng dây dẫn và bộ nong với kích thước từ nhỏ đến lớn để nong tạo đường hầm tán sỏi tương đương khoảng 16Fr. Sử dụng nội soi ống cứng để đưa vào tiếp cận trong lòng túi mật. Sử dụng laser để phá vỡ sỏi và lấy sỏi ra ngoài. Sử dụng hình ảnh siêu âm, fluoroscopy, nội soi trực tiếp trong lòng túi mật để đánh giá kết quả và khâu 2 lớp. Đặt dẫn lưu vào túi mật bằng xông Foley để theo dõi dịch mật. Sau 1 ngày rút dẫn lưu túi mật, sau 1-3 ngày ra viện, sau 10 ngày cắt chỉ khâu da.

+ ***Ở nhóm bệnh nhân cao tuổi và có nguy cơ cao:*** Nên áp dụng 2 thì, trong đó thì 1 đặt dẫn lưu túi mật để hút dịch mật viêm ra ngoài và điều trị kháng sinh. Sau 7 ngày làm thì 2 với tán sỏi túi mật và trong một số trường hợp nếu có cả sỏi ống mật chủ (OMC) thì có thể tiếp cận với OMC qua ống túi mật và dùng bóng đẩy sỏi OMC xuống tá tràng. Sau 7 ngày điều trị cho chụp kiểm tra và siêu âm, nếu ổn sẽ rút dẫn lưu và cho ra viện.

* ***Câu hỏi lâm sàng 6:*** *Xử trí các biến chứng về đường mật và mạch máu sau mổ ghép gan với can thiệp ít xâm lấn?*

* **Khuyến cáo số 23:** Tỷ lệ biến chứng sau mổ ghép gan từ 10-20%. Lưu ý các biến chứng đường mật hay gặp là rò mật và hẹp đường mật gây nhiễm khuẩn nặng và chúng thường được xử trí bằng nội soi đường mật can thiệp ít xâm lấn với tỷ lệ thành công cao, đặc biệt với biến chứng đường mật có tỷ lệ thành công cao tới 96%, mà hay gặp là nông và đặt stent đường mật qua ERCP do hẹp đường mật. Các biến chứng về mạch máu sau ghép gan có thể gặp như tắc động mạch gan. Ngoài ra là các biến chứng hẹp tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ. Nhìn chung, chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp ít xâm lấn đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm và xử trí các biến chứng mạch máu, đường mật sau ghép gan, giúp giảm thiểu nguy cơ tử vong và phải ghép lại.

* ***Câu hỏi lâm sàng 7:*** *Ứng dụng nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị sỏi mật?*

* **Khuyến cáo số 7:**

- ***Nội soi mật tụy ngược dòng*** (ERCP) là phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị sỏi ống mật chủ (OMC) vì tính an toàn, ít xâm lấn và có hiệu quả. Tỷ lệ lấy sỏi thành công qua ERCP cao, khoảng 85-95%.

- ***Chỉ định của ERCP:*** Sỏi đơn độc ở phần thấp của OMC, sỏi sỏi và sỏi tái phát ở OMC sau mổ. Ngoài ra, có thể phối hợp với nội soi cắt túi mật và lấy sỏi OMC trong một thì. Chỉ định tốt nhất của ERCP trong các cấp cứu như: Viêm mủ đường mật do sỏi, viêm tụy

cấp tiến triển do sỏi OMC, sỏi OMC tái phát mà phẫu thuật có nhiều nguy cơ.

- **Phương pháp can thiệp chủ yếu** là: Cắt và/hoặc nong cơ vòng Oddi, lấy sỏi và có hoặc không đặt stent. Lưu ý một ổ tai biến nhẹ sau ERCP như viêm tụy cấp sau ERCP ...

* **Câu hỏi lâm sàng 8:** *Vị trí của kỹ thuật ERCP có nong papilla bằng bóng lớn kết hợp cắt cơ vòng Oddi lấy sỏi khó ở ống mật chủ?*

* **Khuyến cáo số 8:** Kỹ thuật ERCP - nong papilla bằng bóng lớn kết hợp với cắt cơ vòng Oddi lấy sỏi ống mật chủ có tình huống sỏi khó như: đường kính sỏi >15mm hoặc nhiều sỏi hoặc túi thừa quanh nhú hoặc nhú trong túi thừa hoặc đoạn cuối ống mật chủ hẹp hoặc rối loạn đông máu... Kỹ thuật này đơn giản, dễ sử dụng, tương đối an toàn đối với sỏi lớn và sỏi tình huống khó, cắt cơ vòng vừa phải giảm biến chứng chảy máu, giảm tỷ lệ tán sỏi, tỷ lệ lấy hết sỏi thành công cao (gần 95%).

* **Câu hỏi lâm sàng 9:** *Các tiến bộ trong lấy sỏi ống mật chủ khó lấy và các kỹ thuật tăng cường xử trí với các sỏi ống mật chủ khó lấy bằng ERCP?*

* **Khuyến cáo số 9:**

Hiện nay hầu hết sỏi ống mật chủ được lấy bằng rọ (basket) hoặc bằng bóng (balloon catheter) sau khi cắt cơ thắt Oddi (Endoscopic sphincterotomy - EST). Gần đây có thêm các dụng cụ mới và các quy trình kỹ thuật cập nhật áp dụng cho các trường hợp sỏi ống mật chủ khó lấy.

Với các sỏi OMC mà khó lấy bằng ERCP (chiếm khoảng 15-20%), trong đó thường là: sỏi to (>1,5cm), nhiều sỏi, sỏi có hình dạng bất thường, sỏi trong nhánh gan hay ống cổ túi mật, sỏi kẹt đoạn cuối OMC, ngoài ra là các trường hợp đã mổ cũ, có hẹp đường mật ... Kỹ thuật tăng cường được áp dụng như cắt cơ vòng hoặc nong nhú bằng bóng có đường kính lớn qua nội soi và nhất là kết hợp cắt cơ vòng và nong bằng bóng hiện nay được sử dụng nhiều và có tỷ lệ thành công cao mang lại hiệu quả trong điều trị sỏi lớn và sỏi khó.

- Khi sỏi OMC không được lấy hết hoàn toàn qua ERCP, có thể đặt stent sẽ giúp ngăn ngừa tình trạng tắc mật, nhiễm khuẩn đường mật (là phương pháp dẫn lưu mật tạm thời) để chờ ERCP lấy sỏi kế tiếp hoặc chờ phẫu thuật.

*** Câu hỏi lâm sàng 10:** *Ưu thế của ERCP trong điều trị sỏi mật?*

*** Khuyến cáo số 10:**

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) có nhiều ưu thế như:

- Tiến hành được trên các bệnh nhân (BN) cao tuổi, có nhiều bệnh lý nền phối hợp, bệnh cảnh nhiễm khuẩn nặng và có nhiều nguy cơ khi phẫu thuật.

- Góp phần giải quyết các biến chứng sau mổ sỏi mật như sót sỏi, các tổn thương đường mật gây rò mật, sỏi tái phát nhanh.

- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) kịp thời giảm tắc nghẽn đường mật cấp tính, giảm tình trạng nặng, tạo điều kiện thuật lợi cho điều trị tiếp theo.

*** Câu hỏi lâm sàng 11:** *Phương pháp ERCP trong điều trị sỏi ống mật chủ ở những bệnh nhân có sự thay đổi giải phẫu so với thông thường?*

*** Khuyến cáo số 11:**

Trong những trường hợp cắt dạ dày nối Billroth II thì ERCP thông thường khó thực hiện và tỷ lệ đặt ống thành công khoảng 62-100%, tỷ lệ thông nhú thành công 88,2-100% và tỷ lệ biến chứng 0-12,5%. Một số khó khăn so với ERCP thông thường đó là: quai tới thường gấp góc hoặc hẹp khó đưa máy qua; khó tiếp cận được nhú do dính sau mổ, quai tới dài; khó thông nhú vì hướng nhú ngược từ trên xuống qua quai tới. Do vậy, thời gian can thiệp thường lâu hơn, đòi hỏi kỹ thuật có kỹ năng và kinh nghiệm.

Kết quả lấy sỏi OMC qua ERCP có thể đạt tỷ lệ tiếp cận nhú trên 90%, thông nhú thành công gần 95%, thành công kỹ thuật gần 90%; Lưu ý các biến chứng có thể gặp như viêm tụy cấp <10%, thủng <3%, chảy máu <5%. Nhìn chung ERCP là khá an toàn và hiệu quả

trong điều trị sỏi OMC ở bệnh nhân cắt dạ dày Billroth II với tỷ lệ thành công khá cao và biến chứng nặng thấp.

*** Câu hỏi lâm sàng 12:** *Phương pháp ERCP đặt stent ống tụy trong điều trị bất thường đường ống tụy?*

*** Khuyến cáo số 12:**

Phương pháp ERCP có cắt mở cơ thắt nông ống tụy và đặt stent ống tụy áp dụng điều trị cho bất thường đường ống tụy là biện pháp điều trị ít xâm lấn với hiệu quả tốt như là kỹ thuật ít xâm lấn, không phức tạp, ít đau sau làm kỹ thuật, thời gian nằm viện ngắn, giảm chi phí điều trị.

*** Câu hỏi lâm sàng 13:** *Các loại dẫn lưu đường mật dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS-BD) ?*

*** Khuyến cáo số 13:**

Dẫn lưu mật dưới hướng dẫn của EUS gồm:

- Với đặt giá đỡ stent (transluminal stenting):
- . Dẫn lưu từ ống mật chủ xuống tá tràng (EUS-CDS)
- . Dẫn lưu từ ống gan xuống dạ dày (EUS-HGS)
- EUS giúp hướng dẫn đặt stent ngược dòng với kỹ thuật EUS-rendevous

*** Câu hỏi lâm sàng 14:** *Chỉ định dẫn lưu đường mật dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS-BD)?*

*** Khuyến cáo số 14:** Chỉ định dẫn lưu mật dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi được đặt ra khi dẫn lưu mật thông thường qua nội soi không khả thi hoặc thất bại, cụ thể như:

- + Không qua được nhú tụy: do thâm nhiễm hoặc có hẹp tá tràng, do giải phẫu sau mổ cũ và do sau đặt stent tá tràng.
- + Thất bại việc đặt ống thông mật qua ERCP: do giải phẫu mổ cũ và do có túi thừa quanh núm tụy.
- + Thất bại khi vào do hẹp thắt: có thắt nghẽn ở mức cao hoặc quanh co và sau tắc ở vị trí rốn gan 2 bên.

*** Câu hỏi lâm sàng 15:** *Các đường dẫn lưu mật dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS)?*

*** Khuyến cáo số 15:**

Các đường dẫn lưu đường mật dưới hướng dẫn của EUS gồm:

- Theo đường qua gan:

- + Dẫn lưu từ dạ dày (hồng tràng) đến B2 hoặc B3 hoặc B6
- + Dẫn lưu từ ống gan tới dạ dày (HGS) dưới hướng dẫn của EUS
- + Dẫn lưu từ ống gan tới hồng tràng (HJS) dưới hướng dẫn của EUS

- Theo đường ngoài gan:

+ Dẫn lưu từ ống mật chủ tới tá tràng (CDS) dưới hướng dẫn của EUS

+ Dẫn lưu từ ống gan tới tá tràng (HDS) dưới hướng dẫn của EUS

- Dẫn lưu túi mật:

- + Trong viêm túi mật cấp không phẫu thuật
- + Dẫn lưu túi mật dưới hướng dẫn của EUS

Dẫn lưu mật dưới hướng dẫn của EUS là một thay thế rất thực tiễn cho ERCP khi làm giảm áp mật trong ung thư tụy.

*** Câu hỏi lâm sàng 16:** *Chỉ định, chống chỉ định của dẫn lưu túi mật dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS-GBD) và kết quả chung?*

*** Khuyến cáo số 16:**

Chỉ định của dẫn lưu túi mật dưới hướng dẫn của EUS gồm:

- Dẫn lưu túi mật ở các bệnh nhân có nguy cơ cao khi phẫu thuật trong viêm túi mật cấp.

- Rút dẫn lưu túi mật qua da ở bệnh nhân không cắt túi mật để nối mật ruột (dẫn lưu trong)

- Dẫn lưu tắc mật ác tính ở một số bệnh nhân bị thất bại với ERCP và dẫn lưu mật với hướng dẫn của siêu âm thường.

Chống chỉ định: Các bệnh nhân nghi ngờ có thủng túi mật, viêm phúc mạc mật, nhiều dịch cổ trướng, rối loạn đông máu nặng và các bệnh nhân không phù hợp với vô cảm.

Kết quả chung của dẫn lưu túi mật với hướng dẫn của EUS:

- Tỷ lệ thành công về kỹ thuật: 90-100%. Tỷ lệ thành công trên lâm sàng: 72-99%. Tỷ lệ sự cố: 7-50%. Trong đó các tai biến có thể gặp như: stent không đúng chỗ, tắc stent, rò, viêm phúc mạc, tràn khí phúc mạc, áp xe ổ bụng, viêm túi mật tái phát ...

*** Câu hỏi lâm sàng 17:** *Dẫn lưu mật bằng nội soi trong hẹp đường mật vùng rốn gan (Hilar Strictures) có phối hợp ERCP và EUS?*

*** Khuyến cáo số 17:**

Trong tắc đường mật vùng rốn gan do bệnh lý ác tính đã được phẫu thuật trước đây sẽ được chọn xuyên thành và đặt stent ngược dòng cùng bắc cầu

Dẫn lưu mật bằng nội soi trong hẹp đường mật vùng rốn gan (Hilar Strictures) cần xem xét: Thể tích gan để dẫn lưu >50%; Chọn đường mật qua da (PTBD) so với ERCP trong dẫn lưu mật; Dẫn lưu không hoàn toàn so với dẫn lưu hoàn toàn; Dẫn lưu phối hợp với EUS và ERCP.

*** Câu hỏi lâm sàng 18:** *Xử trí rò mật, rò bạch huyết gan sau mổ bằng kỹ thuật ít xâm lấn?*

*** Khuyến cáo số 18:**

Rò mật và rò bạch huyết gan sau mổ được chẩn đoán xác định bằng lâm sàng, xét nghiệm dịch và chụp MRI.

- Điều trị rò mật sau mổ bằng dẫn lưu trên vị trí rò, dẫn lưu và bơm rửa ổ bụng:

- + Với rò mật thể thông với đường mật chính cần dẫn lưu;
- + Với thể không thông với đường mật chính nên tạo đường hầm
- + Nếu kèm theo hẹp đường mật và đứt đoạn thì đặt stent plastic, hạn chế đặt stent kim loại.

- Điều trị rò bạch huyết gan bằng chụp bạch huyết gan qua da và dưới DSA tiến hành nút đường rò bạch huyết gan với bơm chất gây xơ và keo sinh học. Các can thiệp ít xâm lấn trên giúp mang lại kết quả tốt.

*** Câu hỏi lâm sàng 19:** *Chỉ định của dẫn lưu ống tụy dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS-PD) và kết quả?*

*** Khuyến cáo số 19:**

Chỉ định của dẫn lưu ống tụy dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS-PD): Đau do viêm tụy tắc nghẽn sau ERCP thất bại như: Viêm tụy mạn tính; Hẹp miệng nối sau phẫu thuật Whipple. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật: 48-100%. Tỷ lệ sự cố: 2-35%, trong đó có thể gặp các biến chứng như: đau bụng, viêm tụy cấp, ứ dịch tụy, áp xe, chảy máu, thủng ...

*** Câu hỏi lâm sàng 20:** *Điều trị ít xâm lấn dưới hướng dẫn của ERCP/EUS cho ổ hoại tử tụy nhiễm khuẩn sau viêm tụy cấp?*

*** Khuyến cáo số 20:**

Ổ hoại tử tụy (*walled-off necrosis - WON*) là biến chứng của viêm tụy cấp, chiếm khoảng 30-50% số bệnh nhân bị hoại tử tụy và thường xuất hiện từ tuần thứ tư sau viêm tụy cấp. Khi có các triệu chứng nhiễm khuẩn ổ hoại tử và đau bụng kéo dài cần xem xét can thiệp ít xâm lấn dưới hướng dẫn của ERCP/EUS như: Dẫn lưu qua da bằng catheter (PCD), nội soi lấy hoại tử qua da (PEN), dẫn lưu xuyên thành dạ dày (ETD) và nội soi lấy hoại tử tụy qua dạ dày (DEN), trong đó lấy hoại tử là yếu tố then chốt. Kỹ thuật nội soi lấy hoại tử tụy qua da xâm lấn tối thiểu với tạo đường hầm qua da để đưa ống nội soi: đặt stent kim loại (*Lumen Apposing Metal Stent – LAMS*), đặt stent thực quản, các loại xông, vỏ bơm tiêm đường kính lớn. Lấy hết tổ chức hoại tử qua đường hầm bằng ống nội soi dạ dày.

Nhìn chung, các biện pháp ít xâm lấn điều trị hoại tử tụy nhiễm khuẩn đem lại hiệu quả cao và tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp, bệnh nhân phục hồi nhanh, rút ngắn thời gian nằm viện và tiết kiệm chi phí.

*** Câu hỏi lâm sàng 21:** *Lựa chọn chiến thuật với can thiệp ít xâm lấn trong viêm tụy hoại tử?*

*** Khuyến cáo số 21:** Viêm tụy hoại tử là biến chứng nghiêm

trọng của viêm tụy cấp, có thể gây tử vong nếu không được điều trị đúng cách. Lựa chọn chiến thuật tiếp cận từng bước (step-up) là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn trong quản lý viêm tụy hoại tử: Khởi đầu bằng dẫn lưu qua da, sau đó chỉ can thiệp thêm khi cần thiết giúp giảm tỷ lệ biến chứng so với phẫu thuật mở sớm trước đây. Kết quả đáp ứng tốt chỉ sau bước đầu áp dụng dẫn lưu qua da là trên 55% giúp tránh được phẫu thuật và không có biến chứng sau can thiệp ít xâm lấn.

*** Câu hỏi lâm sàng 22:** Dẫn lưu rò tụy sau phẫu thuật (POPF) dưới hướng dẫn của EUS?

*** Khuyến cáo số 22:** Rò tụy sau phẫu thuật (*Postoperative pancreatic fistula - POPF*) là biến chứng nặng sau phẫu thuật cắt tá tụy với tỷ lệ tử vong lên đến 40%. Dẫn lưu rò tụy này dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi là giải pháp giải quyết nhanh hơn và là lựa chọn khả thi trong điều trị POPF. Rò tụy sau phẫu thuật cắt u tụy một tháng với đau thượng vị, sốt, nôn ói sau ăn, xét nghiệm bạch cầu tăng, Chụp cắt lớp vi tính: thấy ổ tụ dịch giữa gan trái và dạ dày; Nội soi và dẫn lưu dưới hướng dẫn của nội soi siêu âm.

*** Câu hỏi lâm sàng 23:** Quy trình điều trị bằng nội soi cho nang nước tụy?

*** Khuyến cáo số 23:**

- Với nang giả tụy (*Pseudocyst*): nhìn chung dùng phương pháp đặt stent kim loại LAMS có thể đạt kết quả điều trị đến 98%, nếu có tắc ống tụy thì đặt stent nhựa giúp đạt kết quả tới 100%.

- Với nhiều nang hoại tử áp dụng LAMS có kết quả tới >93%. Với nang hoại tử không thông với ống tụy có kích thước 6-10cm dùng LAMS 1 cổng cho kết quả >94% và có thể đổi sang stent nhựa. Ở loại nang to >10cm có thể dùng LAMS và stent nhựa đa cổng cải tiến giúp kết quả tới 100% và lâu dài dùng stent nhựa.

- Khi nang hoại tử phát triển xuống hạ vị thì dùng phương thức cấp đôi (đơn hoặc đa cổng + dẫn lưu qua da) cho kết quả thành công tới >90%.

*** Câu hỏi lâm sàng 24:** *Kết quả của đốt nang tụy dưới hướng dẫn của EUS?*

*** Khuyến cáo số 24:** Kết quả lâu dài của đốt khối u nang tụy dưới hướng dẫn của EUS với thời gian nằm viện 3,5 ngày và tỷ lệ biến chứng thấp sau đốt. Thành công của Hoá đốt (*chemoablation*) nang tụy dưới hướng dẫn của EUS cho phép giảm sự giám sát bằng sóng cao tần.

*** Câu hỏi lâm sàng 25:** *Điều trị ít xâm lấn khối u insulin tụy dưới hướng dẫn của EUS?*

*** Khuyến cáo số 25:** Khối u insulin là một u thần kinh nội tiết hiếm gặp có nguồn gốc từ các tế bào tiểu đảo tụy. Bệnh này gây cường tiết insulin, dẫn tới các triệu chứng của hạ đường máu. 90% Insulinoma là lành tính, chỉ một tỷ lệ rất nhỏ Insulinoma là ác tính, thường gặp ở các khối u có kích thước lớn.

- ***Nội soi siêu âm triệt đốt khối u insulin tụy bằng cồn tuyệt đối (ethanol 99-100%)*** là một phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu, là một lựa chọn điều trị hứa hẹn đối với các bệnh nhân insulinoma nhỏ hơn 2 cm, bệnh nhân bị tái phát u sau phẫu thuật, có nhiều bệnh nền, già yếu, từ chối hoặc không đủ điều kiện phẫu thuật. Nhìn chung tỷ lệ thành công cao (95%). Lưu ý các sự cố có thể xảy ra sau làm kỹ thuật như đau bụng, viêm tụy, chảy máu, tắc ống tụy. Nhìn chung sau làm kỹ thuật ít xâm lấn trên không gặp các biến chứng sớm lớn và có thời gian sống thêm 10 năm là 97,1%. Trong khi các tỷ lệ tương ứng này ở điều trị phẫu thuật có thể gặp là 11,2% và 90,7%.

- ***Đốt RFA dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi cho khối u insulin tụy*** mang lại hiệu quả lâm sàng 95,5% (so với phẫu thuật là 100%) tuy nhiên thời gian nằm viện sẽ ngắn hơn so với phẫu thuật. Tỷ lệ sự cố bất lợi là 18% và không có sự cố bất lợi lớn (các tỷ lệ tương ứng này ở phẫu thuật là 61,8% và 15,7%).

- ***Phối hợp đốt RFA và tiêm cồn dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi cho khối u tụy thần kinh nội tiết:*** chỉ định điều trị phù hợp cho các khối u nhỏ, nhất là ở những bệnh nhân cao tuổi không thích hợp cho phẫu thuật.

Câu hỏi lâm sàng 26: *Kết quả điều trị RFA khối ung thư tụy dưới hướng dẫn của EUS?*

*** Khuyến cáo số 26:**

- **Đốt RFA dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi** là biện pháp ít xâm lấn được xác định có khả năng điều trị cho các tổn thương dạng nang tụy tiền ung thư. Phương pháp này có vai trò trong điều trị giảm nhẹ cho các trường hợp ung thư tụy không thể phẫu thuật.

- **Đốt sóng cao tần RFA dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi cho ung thư biểu mô ống tụy (PDAC) không thể cắt bỏ** với thành công về kỹ thuật là 95-100% và có sự cố bất lợi là 13%. Giúp cải thiện về lâm sàng giảm nhẹ triệu chứng và hoại tử khối u sau 6 tháng là 100%.

C. KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ CAN THIỆP ÍT XÂM LẤN UNG THƯ GAN

*** Câu hỏi lâm sàng 27:** *Đặc điểm, chỉ định và yếu tố ảnh hưởng Can thiệp qua da điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) bằng sóng cao tần (RFA) và vi sóng (MWA)?*

*** Khuyến cáo số 27:** Điều trị UTBMTBG bằng Sóng cao tần và Vi sóng là các biện pháp điều trị triệt để, có hiệu quả tốt với UTBMTBG giai đoạn sớm với cơ chế phá hủy tại chỗ khối u bằng nhiệt. Đây là những can thiệp ít xâm lấn và đa số được thực hiện qua da dưới hướng dẫn của siêu âm.

- Can thiệp qua da (RFA và MWA) được chỉ định cho các trường hợp u gan giai đoạn sớm (u ≤ 3 cm) nhưng không phù hợp cho phẫu thuật cắt gan (ví dụ các trường hợp có xơ gan tăng áp lực tĩnh mạch cửa). Với các khối u từ 3-5cm nên phối hợp RFA với TACE.

*** Câu hỏi lâm sàng 28:** *Hiệu quả điều trị UTBMTBG bằng Sóng cao tần (RFA)?*

*** Khuyến cáo số 28:**

- Hiệu quả điều trị UTBMTBG bằng sóng cao tần cho thấy có cải thiện triệu chứng lâm sàng ở gần 70%, đáp ứng AFP ở trên 70% số

có tăng xét nghiệm này trước điều trị và đáp ứng khối u tại thời điểm từ 1- 6 tháng là khoảng 90%. Với phương pháp này có thời gian sống thêm được cải thiện.

- Can thiệp phá hủy khối u qua da cho hiệu quả sống còn và tỷ lệ tái phát tương tự như phẫu thuật cắt gan, đặc biệt cho các trường hợp u gan ≤ 3 cm. RFA có thể được lựa chọn như là một phương pháp điều trị triệt căn bước 1, thay thế cho phẫu thuật cắt gan đối với các trường hợp UTBMTBG kích thước u < 3 cm, một khối u và chức năng gan còn tốt. Chỉ định có thể mở rộng cho các trường hợp u gan > 3 cm và không thể mổ được sẽ được điều trị kết hợp TACE với RFA.

*** Câu hỏi lâm sàng 29:** *Kết quả điều trị UTBMTBG bằng Vi sóng (MWA)?*

*** Khuyến cáo số 29:** Phương pháp điều trị bằng Vi sóng giúp phá hủy u hoàn toàn sau 1 lần hoặc 2 lần làm MWA. Thời gian sống thêm có nhiều cải thiện. Thời gian sống thêm không bệnh 1 năm gần 80%. Nhìn chung, phương pháp MWA tương đương RFA và MWA ưu việt ở khối u lớn.

*** Câu hỏi lâm sàng 30:** *Chỉ định điều trị UTBMTBG bằng phương pháp can thiệp nội mạch (TACE) và TACE siêu chọn lọc?*

*** Khuyến cáo số 30:**

- TACE (Transcatheter Arterial Chemo-Embolization) là phương pháp xâm lấn tối thiểu. Đây là điều trị tạm thời và là liệu pháp điều trị chuẩn cũng là lựa chọn chỉ định hàng đầu cho UTBMTBG giai đoạn trung gian (BCLC- B), ngoài ra là các khối u gan kích thước lớn, nhiều ổ hoặc điều trị thu nhỏ kích thước khối u trước phẫu thuật/ chờ ghép gan hoặc kết hợp với thuốc điều trị toàn thân trong HCC giai đoạn tiến triển.

- Triển khai Can thiệp Siêu chọn lọc (Supersselective TACE) với đưa ống thông catheter tới nhánh động mạch nuôi u nhỏ nhất, giúp xác định chính xác động mạch nuôi khối u và làm tăng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau TACE để có thể đạt triệt căn như phẫu thuật, RFA,

MWA và giúp giảm tác dụng phụ, ít ảnh hưởng tới chức năng gan sau TACE.

* **Câu hỏi lâm sàng 31:** *Chỉ định, hiệu quả và ưu điểm của điều trị UTBMTBG bằng phương pháp nút mạch xạ trị trong chọn lọc (SIRT) với Yttrium-90?*

* **Khuyến cáo số 31:** Chỉ định áp dụng phương pháp nút mạch xạ trị trong chọn lọc với Y-90 (SIRT) cho các bệnh nhân UTBMTBG không còn chỉ định phẫu thuật với thời gian sống toàn bộ trung bình <30 tháng. Phương pháp này tương đương với TACE nhưng ít biến chứng hơn, ít lần can thiệp, giảm thời gian nhập viện và ít tái phát hơn. Áp dụng cả khi có huyết khối nhánh tĩnh mạch cửa. Chỉ định tốt nhất cho các u gan ≤10cm, 1 nguồn nuôi, không có shunt động mạch – tĩnh mạch gan, không có di căn ngoài gan, tổng trạng còn tốt, chức năng gan còn bù, shunt gan-phổi <20%, đáp ứng với xạ trị giúp tiên lượng tốt.

* **Câu hỏi lâm sàng 32:** *Chỉ định, hiệu quả và ưu điểm của điều trị UTBMTBG với phương pháp cắt bỏ phân thủy gan bằng xạ trị (radiation segmentectomy/A-SIRT)*

* **Khuyến cáo số 32:** Phương pháp A-SIRT nói trên (ablative SIRT hoặc Radioembolization) với đưa tập trung liều cao hoạt chất phóng xạ (≥ 200 Gy) siêu chọn lọc vào động mạch phân thủy hoặc hạ phân thủy nuôi khối u giúp tăng hiệu quả gây độc tối đa với vùng khối u và tiêu diệt khối u cùng nhu mô gan lành xung quanh khối u trong vùng mục tiêu điều trị. Phương pháp A-SIRT nên được chỉ định điều trị thay thế ở bệnh nhân UTBMTBG với 1 u đơn độc ≤5cm và chỉ nên khur trú 1-2 phân thủy không còn chỉ định phẫu thuật cắt bỏ hoặc đốt u.

* **Câu hỏi lâm sàng 33:** *Chỉ định, hiệu quả và lưu ý của phương pháp nút tĩnh mạch cửa kết hợp nút tĩnh mạch gan đồng thời (Liver venous deprivation - LVD) làm phì đại gan trước phẫu thuật cắt gan lớn?*

*** Khuyến cáo số 33:** Phương pháp đồng thời nút tĩnh mạch cửa (PVE là phương pháp phì đại gan tiêu chuẩn) kết hợp nút tĩnh mạch gan (HVE nhằm chặn dòng máu dẫn lưu ra khỏi gan) nhằm giúp tăng đáng kể tốc độ và mức độ phì đại gan trước phẫu thuật cắt gan lớn. Từ đó rút ngắn được thời gian chờ đợi phẫu thuật và giảm nguy cơ khối u tiến triển. Nhìn chung đây là phương pháp ít xâm lấn an toàn và khả thi làm tăng thể tích gan phần dự kiến còn lại (*future liver remnant - FLR*) trước phẫu thuật góp phần mở rộng chỉ định cắt gan và giảm tỷ lệ suy gan sau phẫu thuật. Lưu ý kỹ thuật PVE cần luôn được thực hiện trước khi làm HVE dưới hướng dẫn của siêu âm.

*** Câu hỏi lâm sàng 34:** *Vị trí của Xạ trị chiếu ngoài trong điều trị UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 34:** Trong những năm gần đây, việc áp dụng các kỹ thuật xạ trị chiếu ngoài tiên tiến như xạ trị lập thể định vị thân, xạ trị proton đã cung cấp thêm một lựa chọn điều trị hiệu quả với can thiệp tối thiểu cho bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn sớm, giai đoạn trung gian và giai đoạn tiến triển. Xạ trị có thể là điều trị cầu nối cho bệnh nhân chờ ghép gan, điều trị bổ trợ sau điều trị nút mạch hoặc kết hợp với liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch cho giai đoạn tiến triển đã có huyết khối tĩnh mạch cửa.

*** Câu hỏi lâm sàng 35:** *Vai trò của Xạ trị lập thể định vị thân (SRBT) trong điều trị UTBMTBG và việc kết hợp SBRT với TACE trong điều trị UTBMTBG giai đoạn trung gian?*

*** Khuyến cáo số 35:** Phương pháp xạ trị lập thể định vị thân giúp điều trị triệt căn những UTBMTBG không có khả năng cắt bỏ hoặc không phù hợp cho RFA/MWA. Phương pháp này giúp điều trị bắc cầu cho bệnh nhân chờ ghép gan và hỗ trợ điều trị huyết khối tĩnh mạch cửa. Phương pháp SRBT giúp điều trị UTBMTBG tồn dư sau TACE, hoặc phối hợp với Sorafenib /Lenvatinib ở bệnh nhân có BCLC-C và có xâm lấn tĩnh mạch cửa ... Đây là phương pháp ít xâm lấn và tác dụng phụ tối thiểu, có hiệu quả và an toàn trong điều

trị UTBMTBG. Cần lựa chọn bệnh nhân phù hợp, trong đó lưu ý BCLC, Child-Pugh, vị trí và kích thước u, thể tích gan lành và cần tuân thủ chặt chẽ quy trình điều trị, trong đó lưu ý kiểm soát di động (ép bụng, 4DCT), lựa chọn liều SBRT theo liều gan trung bình và thể tích gan lành. Phương pháp SBRT phối hợp TACE giúp điều trị có kết quả sống thêm lâu dài cao hơn so với TACE đơn thuần cho các bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian.

D. KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN BỆNH LÝ GAN MẬT TUY

** **Câu hỏi lâm sàng 36:** Ứng dụng phẫu thuật nội soi trong lấy gan từ người hiến sống?*

** **Khuyến cáo số 36:** Ứng dụng phẫu thuật nội soi lấy gan từ người hiến sống là xu thế tất yếu với phẫu thuật ít xâm lấn có đường mổ nhỏ với tính thẩm mỹ, hạn chế thoát vị vết mổ, mất máu ít hơn, nhanh phục hồi nhu động ruột, giảm ngày nằm điều trị, thường ra viện sau 4-5 ngày và cải thiện chức năng miễn dịch. Phẫu thuật cắt lấy gan qua nội soi ổ bụng ở người hiến sống cho thấy kết quả tương đương với cắt lấy gan bằng mổ mở. Hơn thế, về mất máu trong mổ và thời gian nằm viện ít hơn hẳn ở nhóm mổ nội soi. Tỷ lệ biến chứng sau mổ lấy gan ở người hiến sống bằng phẫu thuật nội soi <10%. Tuy vậy, thời gian mổ là kéo dài hơn ở nhóm mổ nội soi ổ bụng (trung bình là 180 phút).*

** **Câu hỏi lâm sàng 37:** Những lưu ý trong phẫu thuật nội soi cắt gan lấy mảnh ghép từ người hiến sống?*

** **Khuyến cáo số 37:** Phẫu thuật nội soi cắt gan lấy mảnh ghép từ người hiến sống nên được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm, với trang thiết bị đầy đủ. Cần lưu ý BMI>25, trọng lượng mảnh ghép lớn >1000ml, biến đổi giải phẫu không phải là chống chỉ định tuyệt đối cho phẫu thuật nội soi cắt gan lấy mảnh ghép. Kỹ thuật tiếp cận cuống Glisson trong phẫu thuật lấy mảnh ghép gan dễ thực hiện, an toàn cho người hiến và tạo thuận lợi cho kỹ*

thuật phẫu tích các thành phần cuống gan để tối ưu chất lượng mảnh ghép. Chú ý kỹ thuật xử lý mạch máu, đường mật trong mổ giúp giảm thiểu biến chứng sau mổ. Nhìn chung để từng bước nâng cao việc phẫu thuật nội soi cắt lấy gan với xâm lấn tối thiểu cần chuẩn hoá và tối giản quy trình kỹ thuật cũng như đào tạo qua trực tiếp với cầm tay chỉ việc hoặc học tập trực tuyến.

*** Câu hỏi lâm sàng 38:** *Vị trí của phẫu thuật nội soi ít xâm lấn trong phương pháp thắt tĩnh mạch cửa và tách gan cho cắt gan 2 thì (ALPPS)?*

*** Khuyến cáo số 38:** Các trường hợp UTBMTBG có chỉ định cắt gan lớn nhưng thể tích phần gan để lại không cho phép cắt gan. Các trường hợp này được làm phì đại gan bằng kỹ thuật chia đôi nhu mô gan và thắt tĩnh mạch cửa bằng phẫu thuật nội soi (Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy - ALPPS). Nhìn chung phẫu thuật ALPPS giúp làm tăng thể tích gan nhanh và hiệu quả. Đây là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, an toàn, mở ra cơ hội điều trị cho bệnh nhân cần cắt gan lớn điều trị ung thư gan.

*** Câu hỏi lâm sàng 39:** *Hiệu quả và ưu điểm của phẫu thuật nội soi cắt gan do UTBMTBG?*

*** Khuyến cáo số 39:** Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gan có tính khả thi và an toàn trong điều trị UTBMTBG, nhất là các loại cắt gan đơn giản (thùy trái bên, các hạ phân thùy ngoại vi) và các loại cắt gan lớn theo giải phẫu với tỷ lệ thành công là trên 95%, tỷ lệ biến chứng chung là 5%, không có tử vong trong thời gian nằm viện, lượng máu mất trong mổ là khoảng 100 ml. Đồng thời đây là phẫu thuật ít xâm hại giúp phục hồi nhanh sau mổ và nằm viện. Phẫu thuật này mang lại hiệu quả cao cả về mặt ung thư học. PTNS cắt gan có thể tiến hành an toàn với các khối u gan lớn có kèm theo xơ gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa khi được chỉ định chọn lọc và với phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

* ***Câu hỏi lâm sàng 40:*** Ưu điểm của phương pháp phẫu thuật nội soi và phẫu thuật Robot trong điều trị ung thư tụy?

* **Khuyến cáo số 40:**

- **Phẫu thuật nội soi** có nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mở kinh điển như: vết mổ nhỏ hơn, đau sau mổ ít hơn, nhiễm khuẩn vết mổ giảm, thời gian nằm viện ngắn hơn và có tính thẩm mỹ. Nên chỉ định với các ung thư tụy có đường kính <5cm, không có di căn và xâm lấn mạch máu.

. Có thể phẫu thuật nội soi với kỹ thuật hybrid, trong đó sau khi phẫu tích và cắt bỏ bằng mổ nội soi, sẽ mở nhỏ và khâu nối mật ruột trong ổ bụng, tiến hành khâu nối ngoài ổ bụng: với miệng nối tụy ruột (***Blumgart cải biên*** được thực hiện đơn giản hơn, giảm các biến chứng sau mổ, nhất là rò tụy sau mổ) và miệng nối dạ dày ruột. **Kỹ thuật hybrid** mang lại nhiều lợi ích như mở rộng chỉ định phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy, giúp phẫu thuật viên cải thiện về thao tác, thêm kinh nghiệm và kỹ năng. Đồng thời người bệnh được hưởng lợi ích của kỹ thuật ít xâm lấn, nhất là khi triển khai được phẫu thuật nội soi hoàn toàn với miệng nối tụy ruột cũng bằng phẫu thuật nội soi.

- Hệ thống **phẫu thuật Robot** với đầu dụng cụ xoay nhiều hướng như 1 bàn tay thu nhỏ, hình ảnh 3 chiều, bàn điều khiển riêng cho phẫu thuật viên, các thao tác được thực hiện thông qua các cánh tay robot giúp việc triển khai kỹ thuật được dễ dàng (với tỷ lệ chuyển mổ mở thấp <5%) áp dụng cho các phẫu thuật phức tạp như cắt khối tá tụy hay cắt thân đuôi tụy với bảo tồn lách hoàn toàn.

* ***Câu hỏi lâm sàng 41:*** Lợi ích của kỹ thuật tiếp cận động mạch mạc treo tràng trên thì đầu trong phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy?

* **Khuyến cáo số 41:**

Việc áp dụng kỹ thuật tiếp cận động mạch mạc treo tràng trên thì đầu (SMA arterial first approach) trong phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy (LPD) cho thấy những lợi ích lâm sàng tiềm năng, bao gồm giảm mất máu trong mổ, tăng đáng kể số lượng hạch nạo và xu hướng giảm các biến chứng nặng sau mổ (Tỷ lệ rò tụy và biến chứng nặng

với Clavien-Dindo $\geq$ III ở nhóm tiếp cận SMA thì đầu không có biến chứng nặng so với nhóm phẫu thuật LPD theo kỹ thuật truyền thống là 12,3%). Những kết quả này cho thấy tiếp cận SMA thì đầu có thể cải thiện kết cục ung thư và chu phẫu trong LPD,

*** Câu hỏi lâm sàng 42:** *Hiệu quả của điều trị phẫu thuật ít xâm lấn với viêm tụy mạn tính?*

*** Khuyến cáo số 42:** Viêm tụy mạn đặc trưng bởi tình trạng viêm tụy kéo dài. Việc kết hợp giữa phẫu thuật nội soi (với phẫu thuật Frey cải tiến hoặc phẫu thuật Partington Rochelle) và tán sỏi bằng laser có hướng dẫn nội soi ống tụy đã cho thấy hiệu quả tốt trong việc điều trị sỏi ống tụy giúp các bệnh nhân đều giảm đau đáng kể sau điều trị và trở lại các hoạt động bình thường.

*** Câu hỏi lâm sàng 43:** *Phẫu thuật với đường mổ nhỏ nối nang tụy dạ dày điều trị nang giả tụy kích thước lớn?*

*** Khuyến cáo số 43:** **Phẫu thuật với đường mổ nhỏ** (khoảng 4-5 cm) nối nang tụy dạ dày điều trị nang giả tụy kích thước lớn và không lồ (>10 cm) là một lựa chọn bên cạnh các phương pháp phẫu thuật nội soi và nội soi can thiệp giúp bệnh nhân phục hồi tốt, ít đau, rút ngắn ngày nằm viện cùng tính thẩm mỹ hơn.

*** Câu hỏi lâm sàng 44:** *Dự phòng và xử trí tổn thương đường mật trong mổ nội soi cắt túi mật do sỏi túi mật?*

*** Khuyến cáo số 44:**

- Trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật với huỳnh quang ICG giúp nhìn thấy và xác định các mốc giải phẫu quan trọng của đường mật ngoài gan, từ đó, có thể giúp giảm tai biến tổn thương đường mật. Các biện pháp khác về chẩn đoán hình ảnh có thể áp dụng như chụp đường mật trong mổ (giúp giảm nguy cơ tổn thương đường mật ở viêm túi mật cấp - 95%), siêu âm trong mổ, siêu âm nội soi.

- Phát hiện sớm tổn thương trong mổ: giúp giảm chi phí và tăng chất lượng cuộc sống. Phẫu thuật sửa chữa: tùy đặc điểm tổn thương,

phổ biến nhất là nối ống gan/ống mật chủ (OMC) với hồng tràng, tiếp theo là khâu và đặt dẫn lưu Kehr.

- Can thiệp nội soi qua da và nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) khi có tổn thương đường mật (rò đơn giản: đặt stent tạm thời, thành công 60-90% số trường hợp hẹp đường mật nếu đường mật còn lưu thông), 10-30% chờ đợi cho phẫu thuật.

Câu hỏi lâm sàng 45: *Phẫu thuật nội soi (PTNS) kết hợp ống soi mềm trong mổ không đặt dẫn lưu đường mật và PTNS lấy sỏi OMC qua ống túi mật hoặc phẫu thuật làm đường hầm OMC - Túi mật - Da điều trị nội soi sỏi mật tái phát?*

*** Khuyến cáo số 45:**

- Phẫu thuật nội soi kết hợp ống soi mềm trong mổ không đặt dẫn lưu đường mật với sỏi đường mật chính ngoài gan có nhiều ưu điểm như: tỷ lệ sạch sỏi cao, đánh giá được đường mật, tình trạng cơ Oddi. Điều kiện để khâu kín OMC trong PTNS kết hợp nội soi đường mật là: Đường mật sạch sỏi; Oddi thông; Không có chảy máu đường mật; OMC giãn ($\geq 1\text{cm}$); Phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

- Phẫu thuật nội soi lấy sỏi OMC qua ống túi mật: Chỉ định cho bệnh nhân ít sỏi nhỏ OMC (sỏi nhỏ $< 1\text{cm}$, ống túi mật $> 3\text{mm}$), có chỉ định cắt túi mật do có sỏi túi mật hoặc viêm túi mật. Về kỹ thuật: lưu ý nông ống túi mật và dùng ống soi mềm, lấy sỏi bằng rọ.

- Điều trị sỏi đường mật tái phát bằng nội soi qua đường hầm OMC - Túi mật - Da với mở đáy túi mật (chú ý đường kính miệng nối OMC - Túi mật $> 2\text{cm}$) và lấy sỏi bằng rọ/ tán sỏi.

Câu hỏi lâm sàng 46: *Lợi ích của phẫu thuật nội soi cắt gan trong điều trị sỏi đường mật?*

*** Khuyến cáo số 46:** Phẫu thuật nội soi cắt gan trong điều trị sỏi mật là phẫu thuật an toàn, giúp lấy triệt để sỏi, cắt bỏ toàn bộ đường mật bệnh lý và bảo tồn phần đường mật lành cùng các ưu điểm khác của phẫu thuật nội soi như ít biến chứng, đỡ đau sau mổ, nhanh hồi phục, thẩm mỹ cao và rút ngắn ngày nằm điều trị.

HỘI GAN MẬT VIỆT NAM CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 5 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Khuyến cáo hướng dẫn về các Tiến bộ trong điều trị ít xâm lấn bệnh lý Gan mật tụy ở Việt Nam” của Hội Gan mật Việt Nam và
Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam

CHỦ TỊCH HỘI GAN MẬT VIỆT NAM

Căn cứ Chức năng và quyền hạn của Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Khuyến cáo hướng dẫn về các Tiến bộ trong điều trị ít xâm lấn bệnh lý Gan mật tụy ở Việt Nam” (Bản Phát hành lần đầu 2025) của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam.

Điều 2. “Khuyến cáo hướng dẫn về các Tiến bộ trong điều trị ít xâm lấn bệnh lý Gan mật tụy ở Việt Nam” của Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam là tài liệu hướng dẫn được áp dụng trong tất cả các cơ sở y tế.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành./.

CHỦ TỊCH
HỘI GAN MẬT VIỆT NAM



Thiếu tướng GS TS BS Lê Trung Hải

*Hội nghị Gan mật Toàn quốc
15 tại Bệnh viện ĐHYD Tp
HCM 11/2019 và Ra Khuyến
cáo về HCC*



*Mít tinh Ngày Viêm gan Thế
giới 7/2020, Toạ đàm và Ra
Thông điệp về Viêm gan
tại Học viện Y Dược học Cổ
truyền Việt Nam*

*Hội thảo về Sỏi mật tại Khách
sạn Melia Hà Nội 10/2020
Xây dựng Khuyến cáo về Sỏi
mật*



*Lãnh đạo tham dự Hội nghị
Khoa học Ung thư và Ra
Khuyến cáo về Ung thư tụy
tại Bệnh viện Thanh Nhàn
Hà Nội tháng 1/2021*



Đại biểu lãnh đạo tại Hội nghị Gan mật Toàn quốc 16 và Ra Khuyến cáo về Ghép gan tại Bệnh viện QY 354 tháng 12/2021

Tặng quà cho các GS của Singapore và Thái Lan tại Hội nghị Gan mật tụy Việt Nam 5/2022 ở Hà Nội có Cập nhật các khuyến cáo về Phẫu thuật Gan mật tụy



Hội thảo Viêm gan Thế giới tại BV QY 354 tháng 7/2022 Cập nhật các Khuyến cáo về Viêm gan và Ung thư gan

Hội thảo Xây dựng Quy trình kỹ thuật Ghép gan tại Đà Nẵng 9/2022



*Hội thảo Gan mật tụy Đồng bằng sông Cửu Long 11/2022
Đẩy mạnh phát triển tiến bộ
kỹ thuật ít xâm lấn Gan mật tụy*



*Các đại biểu lãnh đạo dự
Hội thảo Quốc tế G ghép gan
tại Bệnh viện TWQĐ 108
tháng 3/2023
Cập nhật Khuyến cáo về
G ghép gan*

*Tặng hoa và quà cho các Giáo
sư và Lãnh đạo Quốc tế trong
Hội thảo Viêm gan Thế giới
tại BV Bệnh Nhiệt đới Trung
ương 7/2023 có Cập nhật
Khuyến cáo về Viêm gan*



*Hội nghị Gan mật Toàn
quốc 17 tại Học viện Quân y
12/2023
Ra Khuyến cáo về Huỳnh
quang ICG*