

HỘI GAN MẬT VIỆT NAM (VASLD)

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



Hội thảo Viêm gan Thế giới tại Bệnh viện ĐHYD Tp HCM 7/2024

KỶ YẾU HỘI THẢO THƯỜNG NIÊN KỶ NIỆM NGÀY VIÊM GAN THẾ GIỚI

Ra mắt Liên Chi hội Gan mật tuy
Đồng bằng Sông Cửu Long

*Chủ đề: “Chung tay đánh gục virus Viêm gan,
Cùng đẩy lùi Xơ gan & Ung thư gan”*

Phú Quốc, Tháng 7/2025



Mít tinh Kỷ niệm Ngày Viêm gan Thế giới tại Tp Hưng Yên 7/2019

Hội thảo Viêm gan Thế giới tại Bệnh viện QY 354, Hà Nội 7/2022



Hội thảo Gan mật tuy Đồng bằng Sông Cửu Long tại Bệnh viện ĐK Vĩnh Long 11/2022

Hội thảo Viêm gan Thế giới tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, Hà Nội 7/2023



HỘI GAN MẬT VIỆT NAM (VASLD)
Phân hội Phẫu thuật Gan Mật Tụy Việt Nam (VSHBPS)



TÓM TẮT CÁC BÁO CÁO
ABSTRACTS

HỘI THẢO THƯỜNG NIÊN
KỶ NIỆM NGÀY VIÊM GAN THẾ GIỚI

Ra mắt Liên Chi hội Gan mật tụy
Đồng bằng Sông Cửu Long

*Chủ đề: “Chung tay đánh gục virus viêm gan
cùng đẩy lùi xơ gan & ung thư gan ở Việt Nam”*

ANNUAL SYMPOSIUM ON WORLD HEPATITIS DAY

Tạp chí Gan mật Việt Nam - Số 63/2025

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 Tiến 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 khoa học
Thiếu tướng GS TS Lê Trung Hải

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 Phạm Thị Thu Thủy, PGS TS Nguyễn Tiến Thịnh

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

Mục Lục

Chiến lược chẩn đoán và điều trị MASLD: Cách tiếp cận hiện đại đối với dịch bệnh đang gia tăng	10
<i>GS BS James P. Hamilton</i>	
Phát huy truyền thống và ứng dụng các tiến bộ mới trong Chuyên ngành Gan mật tụy - Xây dựng Thông điệp và Khuyến cáo về bệnh Gan nhiễm mỡ ở Việt Nam	12
<i>GS TS BS Lê Trung Hải</i>	
Viêm gan virus tại Việt Nam: Các khuyến nghị về chính sách từ đánh giá chương trình phòng chống viêm gan quốc gia	16
<i>TS BS Nguyễn Thị Thúy Vân</i>	
Liệu pháp nào cho chảy máu tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa	18
<i>PGS TS BS Vũ Văn Khiên</i>	
Khuynh hướng mới trong quản lý và điều trị viêm gan B mạn	21
<i>PGS TS BS Phạm Thị Thu Thủy</i>	
Điều trị khởi chức năng viêm gan B mạn: Hành trình tiến về phía trước	23
<i>PGS TS BS Võ Duy Thông</i>	
Tích hợp YHCT trong điều trị viêm gan vi rút B	25
<i>PGS TS BS Nguyễn Thị Bay</i>	
Cập nhật chẩn đoán và điều trị viêm gan C	27
<i>PGS TS BS Trịnh Thị Ngọc</i>	
Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh Wilson	28
<i>TS BS Lê Hữu Phước</i>	
MicroRNA Dấu ấn sinh học tiềm năng để tầm soát chẩn đoán sớm HCC liên quan đến HBV	30
<i>PGS TS BS Phan Quốc Hoàn</i>	
Đặc điểm đột biến gen trong ung thư đường mật và kết quả bước đầu ứng dụng điều trị trúng đích	31
<i>TS BS Đỗ Hữu Liệt</i>	
Điều trị ung thư tế bào gan bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ	33
<i>BSCK2 Nguyễn Khắc Nam</i>	
Kết quả sớm điều trị HCC và di căn bằng sóng cao tần tại BVĐK Trà Vinh	35
<i>TS BS Trần Kiến Vũ</i>	
Đường cong học tập trong phẫu thuật nội soi cắt gan - Kinh nghiệm của một phẫu thuật viên gan mật tụy	37
<i>TS BS Hồ Văn Linh</i>	
Điều trị ung thư gan bằng TACE tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ	39
<i>BSCK2 Bùi Phi Hùng</i>	
Hạn chế tăng HCV: Khả năng của tiếp cận xét nghiệm kháng thể kháng nguyên kép	41
<i>GS TS BS Tawesak Tanwandee</i>	

Tác động qua lại giữa MAFLD và bệnh viêm gan vi-rút mạn: Từ cơ chế đến thực hành lâm sàng	42
<i>PGS TS BS Trần Thị Khánh Tường</i>	
Gan nhiễm mỡ do chuyển hoá (MAFLD): từ Microbiome đến các bệnh lý liên quan	43
<i>PGS TS BS Võ Duy Thông</i>	
Vai trò của hệ vi sinh đường ruột trong bệnh lý gan mật	45
<i>PGS TS BS Nguyễn Anh Tuấn</i>	
Những hướng mới trong điều trị khối viêm gan B mạn - Cập nhật EASL 2025	47
<i>TS BS Lê Thị Thúy Hằng</i>	
Terlipressin trong điều trị chảy máu do giãn tĩnh mạch thực quản	48
<i>PGS TS BS Vũ Văn Khiên</i>	
Nghiên cứu thực trạng viêm gan vi rút B ở nhân viên y tế Bệnh viện ĐK Kiên Giang năm 2023	49
<i>BSCK2 Đỗ Thanh Bình</i>	
Kết quả và kinh nghiệm ghép gan điều trị ACLF tại Bệnh viện TWQĐ 108	51
<i>PGS TS BS Lê Văn Thành</i>	
Tối ưu hóa chỉ định ghép gan ở bệnh nhân ACLF: Góc nhìn lâm sàng và bằng chứng hiện tại	53
<i>ThS BS Đới Ngọc Anh</i>	
Tính khả thi về mặt kỹ thuật và kết quả điều trị của phẫu thuật nội soi cắt gan trong u mạch máu gan khổng lồ	56
<i>Lê Trung Hiếu*, Lê Văn Thành**, Vũ Văn Quang**, Trần Mạnh Thắng***</i>	
Giải phẫu và Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo tá tụy trong phẫu thuật Whipple nội soi	58
<i>TS BS Đoàn Tiến Mỹ</i>	
Kinh nghiệm bước đầu triển khai kỹ thuật cắt khối tá tụy tại bệnh viện tuyến tỉnh	60
<i>TS BS Sử Quốc Khởi</i>	
Kỹ thuật cắt gan hạ phân thùy 5-7-8	62
<i>PGS TS BS Nguyễn Quang Nghĩa & CS</i>	
Cập nhật can thiệp dinh dưỡng trong phẫu thuật Gan mật tụy	63
<i>TS BS Lưu Ngân Tâm</i>	
Đặc điểm hình ảnh giải phẫu hệ bạch huyết gan	66
<i>TS BS Nguyễn Thái Bình</i>	
Vai trò nội soi trong bệnh lý gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa	67
<i>TS BS Hồ Đăng Quý Dũng</i>	
Kết quả bước đầu ứng dụng chụp cắt lớp vi tính đánh giá mỡ nội tạng và chụp cộng hưởng từ định lượng mỡ trong gan ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ tại Việt Nam	69
<i>PGS TS BS Đào Việt Hằng</i>	
Siêu âm can thiệp dẫn lưu áp xe gan bằng Sonde Pigtail qua da	72
<i>ThS BS Lữ Hoàng Phi</i>	

Điều trị u gan bằng phương pháp đốt nhiệt và không nhiệt	74
<i>TS BS Nguyễn Thái Bình</i>	
Vai trò chẩn đoán hình ảnh trong phẫu thuật cắt gan	75
<i>PGS TS BS Nguyễn Quang Nghĩa & CS</i>	
Vai trò của cộng hưởng từ định lượng đa thông số trong bệnh gan mạn tính	76
<i>BSCK2 Nguyễn Văn Quế</i>	
Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN gan nhiễm mỡ không do rượu khám tại Phòng khám 360 Lê Hoàn Thanh Hoá	78
<i>BSCK2 Nguyễn Đức Hạnh</i>	
Kết quả bước đầu điều trị sỏi đường mật qua nội soi ống mềm bằng phương pháp tán sỏi Laser	80
<i>BSCK2 Huỳnh Dương Hữu Hạnh</i>	
Cập nhật các biện pháp lọc máu điều trị suy gan cấp trước ghép	83
<i>PGS TS BS Đỗ Ngọc Sơn</i>	
Giá trị của NGAL huyết tương, nước tiểu trong chẩn đoán sớm tổn thương thận cấp ở bệnh nhân viêm tụy cấp	84
<i>TS BS Lê Hữu Như</i>	
Triển khai kỹ thuật DPMAS trong điều trị suy gan cấp - Chúng ta cần chú ý gì?	85
<i>ThS BS Vương Xuân Toàn</i>	
Bệnh Wilson cập nhật từ APASL 2025	86
<i>PGS TS BS Vũ Văn Khiên</i>	
Béo phì và rối loạn chuyển hoá	88
<i>PGS TS BS Võ Duy Thông</i>	
Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu điều trị viêm tụy mạn – Tính khả thi và kết quả	90
<i>Đặng Như Thành, Nguyễn Thanh Xuân, Đặng Ngọc Hùng, Hồ Văn Linh, Trần An Phong</i>	
Kết quả sớm điều trị sỏi ống mật chủ bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP)	92
<i>BSCK2 Nguyễn Duy Đông</i>	
Kết quả phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính	93
<i>BS Lê Trí Đình</i>	

The Table of Content

Diagnosis and Treatment Strategies for MASLD: A Modern Approach to a Growing Epidemic	95
<i>James P. Hamilton</i>	
Promote Tradition and Apply New Advances in Hepato Biliary Pancreatic Specialty - Build up Messages and New Guideline Recommendations of Fatty Liver Disease in Vietnam	14
<i>Le Trung Hai</i>	
Addressing Viral Hepatitis in Viet Nam: Policy Recommendations from hepatitis programme review	17
<i>Nguyen Thi Thuy Van</i>	
Which Therapy for GI Bleeding due to Portal Vein Hypertension	18
<i>Vu Van Khien</i>	
New Trend in Management and Treatment of HBV	21
<i>Pham Thi Thu Thuy</i>	
Functional Cure for Chronic Hepatitis B: The Journey Forward	23
<i>Vo Duy Thong</i>	
Intergrated Traditional Medicine in Treatment for HBV	25
<i>Nguyen Thi Bay</i>	
Updated HCV: Diagnosis & Treatment	27
<i>Trinh Thi Ngoc</i>	
Update on Diagnosis and Treatment of Wilson Disease	28
<i>Le Huu Phuoc</i>	
MicroRNA Potential Bio-Marker for Screening Early Diagnosis of HCC related HBV	30
<i>Phan Quoc Hoan</i>	
Characteristic of Genetic Mutation in Cholangio-Carcinoma and Initial Outcome for Application of Target Therapy	31
<i>Do Huu Liet</i>	
Surgical Treatment for HCC in Cantho Central General Hospital	33
<i>Nguyen Khac Nam</i>	
Treatment for HCC & Metastasis by RFA at Travinh General Hospital	35
<i>Tran Kien Vu</i>	
Learning Curve in Lap Hepatectomy - Experience from HBP Surgeon	37
<i>Ho Van Linh</i>	
Treatment of HCC at Cantho Central General Hospital	39
<i>Bui Phi Hung</i>	
Accelerating HCV Elimination: Potential of dual Antigen-antibody Testing Approach	41
<i>Tawesak Tanwandee</i>	
Interaction between MAFLD & Chronic HBV, HCV: From Mechanism to Clinical Practice	24
<i>Tran Thi Khanh Tuong</i>	

From Microbiome to Associated Diseases

43

*Vo Duy Thong***The Role of Intestinal Microbiome in Hepato-Biliary Disease**

45

*Nguyen Anh Tuan***New Directions in Cure of Chronic HBV – Update from EASL 2025**

47

*Le Thi Thuy Hang***Terlipressin for the Treatment of Acute Variceal Bleeding**

48

*Vu Van Khien***Study on Reality of HBV in Medical Workers at Kien Giang General Hospital 2023**

49

*Do Thanh Binh***Outcome and Experience of Liver Tránplantation for ACLF in MCH 108**

51

*Le Van Thanh***Optimizing Liver Transplantation Indications in ACLF Patients: Clinical Perspectives and Current Evidence**

54

*Doi Ngoc Anh***Technical Feasibility and Outcomes of Laparoscopic Liver Resection for Giant Hepatic Hemangiomas**

56

Le Trung Hieu, Le Van Thanh**, Vu Van Quang**, Tran Manh Thang******Anatomy and Surgery of Total Pancreato-Duodenal Mesenterectomy in Lap Whipple Operation**

58

*Doan Tien My***Initial Experience of Deployment for DPC Technique at Provincial Hospital**

60

*Su Quoc Khoi***Technique of Liver Resection for 5-7-8 Subsegments**

62

*Nguyen Quang Nghia & CS***Update on Intervention of Nutrition for HBP Surgery**

63

*Luu Ngan Tam***Anatomy Imaging Characteristics of Hepatic Lymph**

66

*Nguyen Thai Binh***The Role of Endoscopy in Liver Disease and Portal Hypertension**

68

*Ho Dang Quy Dung***Initial Outcome of Application CT for Evaluation of Visceral Fat in Patient with Fatty Liver Disease in Vietnam**

70

*Dao Viet Hang***Interventional Ultrasound for Percutaneous Drainage of Hepatic Abscess by Sonde Pigtail under Guiding of Ultrasound**

72

*Lu Hoang Phi***Treatment of Liver Tumor by Ablation and Non-ablation**

74

*Nguyen Thai Binh***The Role of Imaging Diagnostic in Hepatectomy**

75

Nguyen Quang Nghia & CS

The Role of MRI with Multiparameter Quantification in Chronic Liver Disease	76
<i>Nguyen Van Que</i>	
Clinical & Paraclinic Characteristic of NAFLD Patients at 360 Le Hoan Clinic Thanh Hoa	78
<i>Nguyen Duc Hanh</i>	
Initial Result of Laser Lithotripsy via Flexible Endoscopy	80
<i>Huynh Duong Huu Hanh</i>	
Update on Blood Filtration Methods for Treatment of Acute Liver Failure before Transplantation	83
<i>Do Ngoc Son</i>	
The Role of NGAL in Plassma & Urine for Early Diagnosis of Acute Renal Injury in Patient with Pancreatitis	84
<i>Le Huu Nhuong</i>	
Implementation of DPMAS for Traement of Acute Liver Failure – What we need attention?	85
<i>Vuong Xuan Toan</i>	
Wilson Disease - Update from APASL 2025	86
<i>Vu Van Khien</i>	
Obesity and Metabolic Dysfunction?	88
<i>Vo Duy Thong</i>	
Minimally Invasive Surgery for Chronic Pancreatitis – Feasibility and Outcomes	90
<i>Dang Nhu Thanh, Nguyen Thanh Xuan, Dang Ngoc Hung, Ho Van Linh, Tran An Phong</i>	
Early Result of ERCP for Treatment of Common Bile Duct Stone	92
<i>Nguyen Duy Dong</i>	
Outcome of Lap Surgery combined with Cholangioscopy in Treatment of Common Bile Duct Stone	93
<i>Le Tri Dinh</i>	

**PHIÊN TOÀN THỂ:
CÁC BÁO CÁO TỔNG QUAN**

*Plenary Session:
Overview Presentations*

Chiến lược chẩn đoán và điều trị MASLD: Cách tiếp cận hiện đại đối với dịch bệnh đang gia tăng

Diagnosis and Treatment Strategies for MASLD: A Modern Approach to a Growing Epidemic

GS BS James P. Hamilton

Đại học John Hopkins, Hoa Kỳ

Tóm tắt:

Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chức năng chuyển hóa (MASLD), trước đây gọi là bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD), đã nổi trôi lên như một bệnh gan mạn tính phổ biến nhất trên toàn thế giới, có liên quan chặt chẽ đến sự gia tăng toàn cầu về béo phì, tiểu đường típ 2 và hội chứng chuyển hóa. MASLD là một vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng lo ngại và ngày càng gia tăng ở Việt Nam, phản ánh các xu hướng được quan sát trên khắp Đông Nam Á, nơi tỷ lệ mắc bệnh ước tính là 33%. Tại Việt Nam, quá trình đô thị hóa nhanh chóng, sự thay đổi chế độ ăn uống và lối sống ít vận động ngày càng góp phần làm tăng tỷ lệ các yếu tố nguy cơ chuyển hóa này, từ đó làm tăng nguy cơ MASLD. Buổi nói chuyện này sẽ cung cấp cái nhìn tổng quan cập nhật về các tiêu chuẩn chẩn đoán đang phát triển cho MASLD, nêu bật quá trình chuyển đổi

từ các định nghĩa dựa trên loại trừ sang phân loại toàn diện, tập trung vào trao đổi chất. Nhấn mạnh vào các công cụ chẩn đoán không xâm lấn, bao gồm các phương pháp hình ảnh và dấu ấn sinh học huyết thanh, đang làm thay đổi việc phát hiện sớm và phân tầng nguy cơ. Bài thuyết trình cũng sẽ khám phá các chiến lược điều trị hiện tại và chiến lược mới, đột phá, bao gồm thay đổi lối sống, điều trị bằng thuốc đang được nghiên cứu và các liệu pháp đã được phê duyệt bao gồm GLP-1 và thuốc chủ vận Beta tuyến giáp. Các bác sĩ sẽ có được những hiểu biết thực tế về việc xác định sớm và quản lý toàn diện MASLD ở cả cơ sở chăm sóc ban đầu và chuyên khoa. Để giải quyết thách thức này sẽ cần tăng cường y tế công cộng, tập trung vào các chiến lược phòng ngừa, phát hiện sớm và quản lý hiệu quả phù hợp với bối cảnh của Việt Nam.

Abstract:

Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD), formerly known as non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD), has emerged as the most prevalent chronic liver condition worldwide, closely linked to the global rise in obesity, type 2 diabetes, and metabolic syndrome. MASLD is a significant

and growing public health concern in Vietnam, mirroring trends observed across Southeast Asia where the estimated prevalence is 33%. In Vietnam, rapid urbanization, dietary shifts, and increasing sedentary lifestyles contribute to rising rates of these metabolic risk factors, thereby elevating the risk of MASLD. This talk will

provide an up-to-date overview of the evolving diagnostic criteria for MASLD, highlighting the transition from exclusion-based definitions to inclusive, metabolically focused classifications. Emphasis will be placed on non-invasive diagnostic tools, including imaging modalities and serum biomarkers, that are transforming early detection and risk stratification. The presentation will also explore current and emerging treatment strategies, including lifestyle interventions, pharmacologic

therapies under investigation, and approved therapies including GLP-1 and thyroid Beta agonists. The audience will gain practical insights into the early identification and comprehensive management of MASLD in both primary and specialty care settings. Addressing this challenge will require enhanced public health initiatives focusing on prevention, early detection, and effective management strategies tailored to the Vietnamese context.

Phát huy truyền thống và ứng dụng các tiến bộ mới trong Chuyên ngành Gan mật tụy - Xây dựng Thông điệp và Khuyến cáo về bệnh Gan nhiễm mỡ ở Việt Nam

Promote Tradition & Apply New Advances in Hepato Biliary Pancreatic Specialty - Build up Messages & New Guideline Recommendations of Fatty Liver Disease in Vietnam

GS TS BS Lê Trung Hải

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

Tóm tắt:

Y học Việt Nam kế thừa truyền thống tốt đẹp từ xa xưa với Đại Danh y Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác - Danh nhân Văn hoá Thế giới - Một tấm gương sáng về y đức, giỏi về y thuật và sâu về y lý. Chuyên ngành Gan mật tụy Việt Nam luôn tự hào với phương pháp cắt gan nổi tiếng Thế giới của GS Tôn Thất Tùng và những năm qua với các giải thưởng lớn như các Giải thưởng Hồ Chí Minh về điều trị ung thư gan (2017), về ghép tạng (2005), trong đó có ghép gan cũng như Giải Nhất Thế giới về clip Phẫu thuật nội soi cắt gan tại Paris, Pháp (2017)... Gần đây, chuyên ngành Gan mật tụy Việt Nam được Quốc tế vinh danh tại Hội nghị Thế giới ở New York Hoa Kỳ tháng 4/2022. Việt Nam có nhiều kỹ thuật vươn tầm Thế giới như ghép gan, phẫu thuật nội soi, kết hợp 2 nền y học...

Viêm gan, xơ gan và ung thư gan (HCC) đang là các gánh nặng và thách thức lớn đòi hỏi sự dự phòng tốt (nhất là quản lý điều trị viêm gan virus B, C và hạn chế rượu bia), sàng lọc phát hiện và chẩn đoán sớm cũng như kết nối đa chuyên khoa để

điều trị đa mô thức cho HCC với ứng dụng các tiến bộ mới và dựa theo Khuyến cáo của VASLD cùng các kế hoạch, hướng dẫn của Việt Nam mang lại các kết quả khả quan, làm giảm nhẹ gánh nặng HCC, xơ gan và viêm gan ở Việt Nam.

Các thông điệp và khuyến cáo về viêm gan virus của Hội Gan mật Việt Nam như: Sàng lọc các bệnh nhân viêm gan để phát hiện sớm HCC; Kết hợp phương pháp y học hiện đại và y học cổ truyền trong điều trị viêm gan (với diệt virus bằng y học hiện đại và bảo vệ chức năng gan bằng y học cổ truyền); Hưởng ứng phong trào “Toàn dân chung tay đánh gục vi rút viêm gan” tiến tới loại trừ viêm gan virus không còn là mối đe dọa sức khoẻ cộng đồng ở Việt Nam vào sau năm 2030. Khi đó, giảm đáng kể số ca nhiễm và số tử vong hàng năm.

Nhiều tiến bộ mới về can thiệp ít xâm lấn và về ngoại khoa gan mật tụy như phẫu thuật nội soi (PTNS) được đẩy mạnh và thực hiện thường quy ở các bệnh viện trong cả nước với kết quả tốt mang lại nhiều hiệu quả điều trị. Ghép gan trên người đến nay đã thực hiện tổng số hơn 700 ca với kết quả

tốt, trong đó Bệnh viện TƯQĐ 108 và BV Việt Đức là 2 trung tâm lớn có số lượng nhiều nhất và ứng dụng nhiều tiến bộ kỹ thuật mới vươn tầm Thế giới. Đặc biệt gần đây đã ứng dụng phẫu thuật nội soi trong lấy gan từ người hiến gan sống (trên 100 ca) và triển khai kỹ thuật chia gan để ghép từ người cho chết não giúp thêm nhiều bệnh nhân được thụ hưởng ghép gan, nhất là trẻ em. Trong điều trị sỏi đường mật đã áp dụng nhiều biện pháp ít xâm lấn như ERCP, tán sỏi, PTNS... Đã ứng dụng siêu âm nội soi và PTNS hybrid trong chẩn đoán và điều trị ung thư tụy và các bệnh lý gan mật tụy khác mang lại nhiều hiệu quả và an toàn.

Trong các hoạt động Quốc tế đã tham dự các hội nghị, hội thảo khoa học, nhất là có báo cáo, tham luận và chủ tọa tại các Hội nghị Quốc tế lớn ở Hoa Kỳ, Hàn Quốc, Nam Phi, Thái Lan, Trung Quốc, Singapore... Ở trong nước đã tổ chức nhiều hội nghị lớn như các hội nghị gan mật toàn quốc, hội nghị khoa học ung thư, hội nghị gan mật tụy Việt Nam, các mít tinh, tọa đàm và hội thảo kỷ niệm ngày Viêm gan Thế giới, các hội thảo kết hợp 2 nền y học, hội thảo chuyên đề ở các vùng miền... Trong thời gian tới sẽ tiếp tục tổ chức các hoạt động trong nước và Quốc tế giúp định hướng chuyên môn và phát triển chuyên ngành.

Hội Gan mật Việt Nam và Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam đã xây dựng và cập nhật được nhiều khuyến cáo về ung thư gan, ung thư tụy, ung thư đường mật vùng rốn gan, sỏi đường mật, ghép gan, viêm gan, ứng dụng huỳnh quang ICG, chuyển đổi số, trí tuệ nhân tạo và điều trị suy gan cấp trên nền gan mạn. Gần đây, đã

xây dựng Thông điệp và khuyến cáo về bệnh gan nhiễm mỡ ở Việt Nam, trong đó quan tâm đến việc phát hiện, sàng lọc, phòng bệnh, điều trị và tích hợp cùng theo dõi, quản lý bệnh lý này. Trong đó đáng lưu ý quan tâm phát hiện, chẩn đoán bệnh và có chế độ ăn lành mạnh cùng tập luyện thể lực, hạn chế rượu bia, an toàn khi dùng thuốc, có chế độ dinh dưỡng hợp lý và giữ giấc ngủ tốt... Ngoài ra lưu ý cần sàng lọc bệnh nhân viêm gan virus mạn có yếu tố nguy cơ bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chức năng chuyển hóa (MAFLD) để tránh tiến triển đến xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) và trong điều trị các bệnh nhân này cần tích hợp kiểm soát chuyển hóa và dùng thuốc kháng virus. Nhìn chung, đối với bệnh nhân gan nhiễm mỡ thì thay đổi lối sống vẫn là nền tảng của điều trị. Chúng ta cần tăng cường phòng ngừa, phát hiện sớm và điều trị hiệu quả giúp vượt qua các thách thức về bệnh gan nhiễm mỡ ở Việt Nam.

Hội Gan mật Việt Nam, Phân hội Phẫu thuật Gan mật tụy Việt Nam và các bệnh viện cơ sở y tế trong cả nước phát huy truyền thống, nhất là phát triển kế thừa về Y đức, Y lý và Y thuật của Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác, kết hợp tốt 2 nền y học và tấm gương sáng của GS Tôn Thất Tùng tiếp tục ứng dụng các tiến bộ mới và tăng cường hợp tác trong nước và Quốc tế giúp nâng cao chất lượng điều trị người bệnh gan mật tụy, góp phần phát triển nền Y học nước nhà và sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và bộ đội.

Từ khoá: truyền thống, tiến bộ mới, gan mật tụy, khuyến cáo, gan nhiễm mỡ.

Abstract:

Vietnam medicine inherited good tradition from olden times with Hai Thuong Lan Ong Le Huu Trac – A cultural celebrity with a good example of medical moral, an very good skill and excellent knowledge. Vietnam Hepato biliary pancreatic (HBP) specialty was proud of Ton That Tung method of hepatectomy and recent years with many big prizes such as Ho Chi Minh Prizes of Management of HCC (2017) and Organ transplantation (2005), including liver transplantation as well as Award for Best clip of Laparoscopic hepatectomy (in Paris France 2017). On April 2022, Vietnam was high evaluated by IHPBA and APHPBA at World congress in New York USA. Vietnam has world ranking techniques such as liver transplantation, laparoscopic surgery, combination of 2 medicines ...

Hepatitis, liver cirrhosis (LC) and HCC are big burdens and challenges need good prevention (especialy for management of HBV, HCV and limited alcohol consumption), screening, detection and early diagnosis as well as multispecialty teams for multimodal treatment with applying new advances and follow up the recommendations of VASLD and plan and guideline of Vietnam will get promising outcome, reduce burden of HCC, LC and viral hepatitis in Vietnam.

The messages and recommendations of VASLD about viral hepatitis such as screening of hepatitis patients for early detection of HCC, combination of modern and traditional medicines in treatment hepatitis (with antiviral by modern medicine and preservation of liver function by traditional medicine). Respond to

movement of “All people to joint hands to combat against hepatitis virus” toward elimination for hepatitis virus no more as the threats for public health in Vietnam after year 2030. At that time, significantly reduce number of infection cases and mortality per year.

Many new advances in less invasive therapy and HBP surgery such as laparoscopic surgery was performed regular and improved in all hospitals of Vietnam with good results and efficacy of treatment. Human liver transplantation was performed total now with near 700 cases with good outcome, including MCH 108 and Viet Duc Hospital with largest number of LT and applicated many advances with world ranking. Especially recently performed laparoscopic hepatectomy in LDLT (>100 cases) and split liver transplantation in DDLT helped more patients to receiving LT, especially for children ... For treatment of biliary stone, many less invasive therapies were applied such as ERCP, lithotripsy and laparoscopic surgery. Application of EUS and hybrid laparoscopic surgery for diagnosis and treatment of pancreatic cancer and other HBP diseases bring efficacy and safety.

For international activities as participants, speakers, comment and chairs in many IHPBA, APHPBA and other international meetings such as in USA, South Korea, South Africa, Thailand, China, Singapore ... In domestic with many big events such as National conferences of VASLD and VSHBPS, Oncology scientific conference, Vietnam HBP conferences, meetings and symposiums for World Hepatitis Day, Combination of 2 medicines

meetings and other events in several regions of country. For next time we will continue to organize domestic and international activities for orientation and develop HBP specialty.

VASLD & VSHBPS build up and updated many recommendations, including for HCC, pancreatic cancer, perihilar cholangiocarcinoma, biliary stone, liver transplantation, hepatitis and fluorescence ICG, digital transformatic and artificial intellegen (AI) and acute-on-chronic liver failure (ACLF). Recent time we build up message and recommendations of fatty liver disease (FLD) in Vietnam, for that we care about detection, screening, prevention, treatment and intergrated treatment as well as monitor management for this FLD. About that, note that care about detection and diagnosis of FLD, healthy eating and frequent physical exercise, limited alcohol consumption, safety in drugs, reasonable nutrition and keep good sleep ... Screening for MAFLD in patients of chronic virus hepatitis with metabolic risk factors for

prevention of progression to cirrhosis and hepatocellular carcinoma (HCC) and management of above patients require an integrated approach including metabolic control and antiviral therapy. In general for patient of FLD, the change of lifestyle is platform of treatment. We should enhancing prevention, early detection and effective treatment to overcome of challeges of FLD in Vietnam.

VASLD, VSHBPS and hospitals of Vietnam will try our best maintain tradition, especially develop and inherit medical moral, knowledge and skill of Hai Thuong Lan Ong Le Huu Trac with good combination of 2 medicines and bright mirror of Prof Ton That Tung, continue apply new advances, enhancement domestic and international cooperation for gaining of management quality of HBP patient to develop Vietnam medicine and improve health care for people and soldiers.

Keywords: *tradition, new advance, hepato-biliary pancreatic, recommendation, fatty liver disease.*

Viêm gan virus tại Việt Nam: Các khuyến nghị về chính sách từ đánh giá chương trình phòng chống viêm gan quốc gia

Addressing Viral Hepatitis in Viet Nam: Policy Recommendations from hepatitis programme review

TS BS Nguyễn Thị Thúy Vân

Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam

Tóm tắt:

Giới thiệu: Viêm gan B (HBV) và C (HCV) mạn tính vẫn là thách thức lớn đối với y tế công cộng tại Việt Nam, ảnh hưởng đến hơn 7 triệu người và gây ra tới 90% các ca ung thư gan. Việt Nam nằm trong nhóm 10 quốc gia có tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư gan cao nhất thế giới. Bên cạnh những tiến bộ đã đạt được, vẫn còn tồn tại khoảng trống trong công tác phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút. Để đạt mục tiêu loại trừ bệnh viêm gan vi rút không còn là mối đe dọa đối với sức khỏe cộng đồng vào năm 2030, Việt Nam cần tăng cường nỗ lực ứng phó. Đầu tư vào loại trừ viêm gan sẽ giúp giảm chi phí y tế lâu dài, cải thiện sức khỏe cộng đồng và hỗ trợ các mục tiêu phát triển bền vững của đất nước.

Tóm tắt này trình bày các khuyến nghị chính từ cuộc đánh giá chương trình quốc gia về viêm gan vi rút do nhóm chuyên gia của WHO, Bộ Y tế Việt Nam và các đối tác được thực hiện vào tháng 11 năm 2024.

Các khuyến nghị chính:

- Tăng cường lãnh đạo và điều phối: Thành lập Ban chỉ đạo quốc gia với sự tham gia của các bộ ngành, khu vực tư nhân, cộng đồng và đối tác. Cập nhật Kế hoạch hành động quốc gia 2026–2030 với mục tiêu phân cấp phù hợp với bối cảnh địa phương và xây dựng kế hoạch

cấp tỉnh gắn với bối cảnh thực tế và sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự.

- Tăng tỷ lệ tiêm chủng: Đảm bảo nguồn cung vaccine ổn định và thống nhất chỉ tiêu tiêm chủng trên toàn quốc. Tập huấn nhân viên y tế và triển khai các chiến dịch truyền thông, tiếp cận nhóm dân tộc thiểu số và sinh con tại nhà.
- Mở rộng xét nghiệm: Tăng cường sàng lọc HBV và HCV theo hướng dẫn quốc gia, đặc biệt với nhóm ưu tiên (phụ nữ mang thai, dân tộc thiểu số, người tiêm chích ma túy, người sống chung với HIV và hộ nghèo). Tận dụng nền tảng xét nghiệm sinh học phân tử tại điểm (Point-of-care) và đưa xét nghiệm vào gói quyền lợi bảo hiểm y tế (BHYT).
- Cải thiện tiếp cận điều trị: Nâng cao năng lực nhân viên y tế, phân cấp điều trị và tích hợp dịch vụ với chương trình HIV. Tăng tỷ lệ thanh toán BHYT cho thuốc DAA từ 50% lên 100% và mở rộng điều trị tại bệnh viện tuyến huyện. Đưa thuốc và xét nghiệm HBV, HCV vào danh mục mua sắm tập trung để giảm chi phí.
- Củng cố dữ liệu & thông tin chiến lược: Xây dựng mã định danh y tế duy nhất, hệ thống dữ liệu quốc gia về viêm gan, và cơ sở dữ liệu ung thư gan. Theo dõi chặt chẽ tình hình bao phủ dịch vụ và kết quả điều trị.

- *Huy động cộng đồng & nâng cao nhận thức: Tăng cường sự tham gia của đại diện người bệnh trong quá trình lập kế hoạch. Triển khai các chiến dịch truyền thông giảm kỳ thị và nâng cao hiểu biết cộng đồng về dự phòng và điều trị viêm gan.*

Abstract:

Introduction: Chronic hepatitis B (HBV) and C (HCV) remain major public health challenges in Viet Nam, affecting over 7 million people and causing up to 90% of liver cancer cases. Viet Nam ranks among the top 10 countries globally in liver cancer incidence and mortality. Despite progress, gaps in prevention, diagnosis, and treatment persist. To achieve the WHO's 2030 elimination goal, Viet Nam must strengthen its response. Investing in hepatitis elimination will reduce long-term healthcare costs, improve outcomes, and support the country's sustainable development goals. The abstract outlines key recommendations from the November 2024 joint review by WHO experts, the Ministry of Health, and partners including WHO Collaborating Centers, CDC (USA), Kanazawa University (Japan), and JIC.

Key Recommendations

- *Leadership & Coordination: Establish a national steering committee involving government, private sector, communities, and partners. Update the National Action Plan (2026–2030) with decentralized targets, and develop provincial plans aligned to local needs with strong CSO engagement.*
- *Boost Vaccination: Secure stable vaccine supplies and unify national targets. Train healthcare workers and implement outreach for ethnic minorities and at-home births.*

Kết luận: Đánh giá chương trình cho thấy cả thách thức và cơ hội trong ứng phó với viêm gan tại Việt Nam. Để đạt mục tiêu loại trừ vào năm 2030, cần phối hợp hiệu quả giữa các bên liên quan và đẩy nhanh việc tiếp cận các dịch vụ dự phòng, xét nghiệm và điều trị viêm gan B và C.

- *Scale-Up Testing: Expand HBV and HCV testing per national guidelines, especially for priority populations (pregnant women, ethnic minorities, PWID, PLHIV, and low-income groups). Utilize point-of-care platforms (e.g., GeneXpert) and include testing in social health insurance (SHI) benefits.*
- *Improve Treatment Access: Train healthcare workers and decentralize services. Integrate with HIV services and increase SHI reimbursement for DAAs to 100%. Allow treatment at district-level hospitals and ensure central procurement of tests and drugs to reduce costs.*
- *Strengthen Data & Information Systems: Create a unique health ID and a national hepatitis information system. Establish a liver cancer registry and track coverage and outcomes effectively.*
- *Community Engagement & Awareness: Empower patient representatives in planning. Run campaigns to reduce stigma and improve public knowledge of prevention and treatment.*

Conclusion: The review underscores both challenges and opportunities in Viet Nam's hepatitis response. Strong coordination across sectors and accelerated service scale-up are essential to meet the 2030 elimination targets.

Liệu pháp nào cho chảy máu tiêu hoá do tăng áp lực tĩnh mạch cửa?

Which Therapy for Gastrointestinal Bleeding due to Portal Vein Hypertension?

PGS TS BS Vũ Văn Khiên

Phó Chủ tịch Hội Khoa học Tiêu hoá Việt Nam

Tóm tắt:

Chảy máu tiêu hóa (CMTH) cấp tính do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là một trong các biến chứng ở bệnh nhân xơ gan. Ở những bệnh nhân xơ gan mất bù thường có các biến chứng như hình thành cổ trướng, hội chứng não gan, CMTH cấp do giãn vỡ TMTQ với tỷ lệ tử vong cao. Do vậy, cầm máu qua nội soi và phòng chống CMTH tái phát đóng vai trò quan trọng.

Khi có tăng áp tĩnh mạch cửa (TMC) thì lưu lượng máu qua tĩnh mạch cũng tăng lên và làm tăng áp lực các búi tĩnh mạch. Trong hàng loạt các thử nghiệm ngẫu nhiên cho thấy khi bệnh nhân có trên áp tĩnh mạch cửa (HVPG) < 12 mmHg thì không có nguy cơ CMTH do giãn vỡ TMTQ, nhưng khi HVPG > 20 mmHg thì làm tăng nguy cơ CMTH và nguy cơ tử vong.

Abstract:

Acute variceal bleeding (AVB) could be a fatal complication in patients with liver cirrhosis. In patients with decompensated liver cirrhosis accompanied by ascites or hepatic encephalopathy, acute variceal bleeding is associated with a high mortality rate. Therefore, timely endoscopic hemostasis and prevention of relapse of bleeding are most important.

Rise in portal pressure causes increased flow through the varices and thus increased

Tất cả các bệnh nhân CMTH do giãn vỡ TMTQ nên được hồi sức tích cực, bảo vệ đường thở, ổn định huyết động và nên nằm điều trị nội trú tại trung tâm hồi sức. Theo các hướng dẫn của Hiệp hội, can thiệp nội soi nên được thực hiện sớm trước 12 giờ kể từ khi nhập viện. Những bệnh nhân sau khi đáp ứng với can thiệp nội soi và điều trị nội khoa tích cực thì nên thực hiện sớm kỹ thuật can thiệp mạch: phân lưu cửa chủ trong gan qua đường tĩnh mạch cảnh (TIPS) trước 24 giờ với loại stent có vỏ bọc. Ngày nay, với các biện pháp điều trị mới như điều trị qua siêu âm nội soi (EUS), nút tĩnh mạch ngược dòng bằng bóng chèn (BRTO) sẽ làm giảm tỷ lệ bệnh và giảm tỷ lệ tử vong CMTH do giãn vỡ TMTQ.

Từ khóa: Chảy máu tiêu hóa (CMTH), tĩnh mạch thực quản (TMTQ), tĩnh mạch cửa (TMC).

intravariceal pressure. In a randomized control trial (RCT) patients with HVPG < 12 mmHg did not develop variceal bleeding, and presence of HVPG > 20 mmHg was associated with high risk of failed hemostasis and death.

All patients with acute variceal bleeding should be resuscitated at an early stage to protect the airway and achieve hemodynamic stability, preferably in a medical intensive care unit. Endoscopic intervention should be performed as early as

possible but should be within 12 h from the time of presentation as per practice society guidelines. Patients with uncontrolled variceal hemorrhage despite the combination of medical and endoscopic treatment should be considered for early TIPS within (24 h) with covered PTFE (polytetrafluoroethylene) stent. Today, development, and utilization of newer treatment modalities such as therapeutic

EUS and BRTO in managing gastrointestinal varices will help to reduce further- the morbidity and mortality related to variceal bleeding...

Từ khóa: *Acute variceal bleeding (AVB); Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS); Balloon- Occluded Retrograde Transvenous Obliteration (BRTO); Endoscopic Ultrasound (EUS); Hepatic venous pressure gradient (HVP).*

**PHIÊN CHUYÊN ĐỀ 1:
VIÊM GAN**

*Special Topic Session 1:
Hepatitis*

Khuynh hướng mới trong quản lý và điều trị viêm gan B mạn

New Trend in Management and Treatment of Chronic Hepatitis B

PGS TS BS Phạm Thị Thu Thủy

Phó Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam

Phó Chủ tịch Liên Chi hội Gan mật Tp HCM

Tóm tắt:

Nhiễm virus viêm gan B (HBV) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn và là nguyên nhân gây ra bệnh gan mạn tính, đưa đến tử vong, chủ yếu do xơ gan và ung thư gan nguyên phát (HCC). Ở Việt Nam HCC là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong những bệnh lý ung thư. Vì vậy việc quản lý và điều trị viêm gan B mạn cần có những cải tiến mới giúp phòng ngừa biến chứng bệnh gan và HCC hiệu quả hơn. Trong những năm gần đây việc ra đời những dấu ấn mới: HBcrAg, M2BPGi, HBVRNA giúp đánh giá, tiên lượng bệnh hiệu quả hơn, những khuynh hướng điều trị mới ra đời, cùng những thuật toán mới GALAD Score, GAAD Score giúp phát hiện HCC sớm giúp bệnh nhân có cơ

may sống còn cao hơn. Do đó chiến lược mới nên làm:

- 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 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

Từ khóa: HBV, HCC, HBV DNA, HDV

Abstract:

Hepatitis B virus (HBV) infection is a major public health problem and causes chronic liver disease, which leads to death mainly due to cirrhosis and hepatocellular carcinoma (HCC). In Vietnam, HCC is the leading cause of death among cancer patients. Therefore, the management and treatment of chronic hepatitis B needs new improvements to help prevent complications of liver diseases and HCC more effectively. In recent years, the establishment of new

markers such as HBcrAg, M2BPGi, and HBVRNA helps evaluate and prognosis diseases more effectively; new treatments are introduced, and new algorithms such as GALAD Score and GAAD Score help detect HCC early and increase patients' chances of survival. Therefore, the new strategy should include:

- Screen HBV for everyone
- Vaccinate newborn babies, especially those with HBV infected mothers

- *Consider AntiHBc positive subjects as exposed to HBV and they should be monitored for reactivation*
- *Treatment should be given to HBV DNA positive subjects*
- *Treat all patients with cirrhosis regardless of HBV DNA*

- *Provide treatment until loss of HBsAg more than 12 months*
- *HDV testing should be performed in subjects infected with HBV*

Keywords: *HBV, HCC, HBVDNA, HDV*

Điều trị khỏi chức năng viêm gan B mạn: Hành trình tiến về phía trước

Functional Cure for Chronic Hepatitis B: The Journey Forward

PGS TS BS Võ Duy Thông

Bệnh viện ĐHYD Tp HCM

Tóm tắt:

Viêm gan B mạn tính (CHB) tiếp tục là một thách thức y tế toàn cầu, với hơn 250 triệu người nhiễm mạn và có nguy cơ cao tiến triển thành xơ gan hoặc ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Mặc dù liệu pháp kháng virus kéo dài bằng các thuốc nucleos(t)ide analogues (NAs) như entecavir hoặc tenofovir giúp ức chế hiệu quả sự sao chép của virus, song hiếm khi đạt được loại bỏ hoàn toàn virus do sự tồn tại dai dẳng của DNA vòng đóng bền (cccDNA) trong tế bào gan. Do đó, trọng tâm điều trị hiện nay đã chuyển sang một mục tiêu thiết thực và có ý nghĩa lâm sàng hơn: điều trị khỏi chức năng. Khái niệm này được định nghĩa là 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.

Những năm gần đây đã ghi nhận nhiều tiến bộ đáng kể với các chiến lược điều trị mới nhắm vào nhiều giai đoạn của vòng đời virus và đáp ứng miễn dịch của cơ thể. Các liệu pháp bao gồm chất ức chế xâm nhập như bulevirtide, RNA can thiệp

(siRNA) và antisense oligonucleotide làm giảm sản xuất protein virus (ví dụ: JNJ-3989, VIR-2218), 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. Đặc biệt, các phác đồ phối hợp giữa thuốc kháng virus và liệu pháp điều biến miễn dịch đang cho thấy tỷ lệ mất HBsAg đầy hứa hẹn trong các thử nghiệm giai đoạn đầu, lên tới 30% ở một số nhóm bệnh nhân được chọn lọc.

Tuy nhiên, vẫn còn nhiều thách thức cần vượt qua. Tỷ lệ điều trị khỏi chức năng còn khiêm tốn, phụ thuộc vào kiểu gen virus và các yếu tố của người bệnh. Cần thêm dữ liệu về tính an toàn dài hạn, nguy cơ tái phát và chiến lược mở rộng tiếp cận các liệu pháp mới tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. Dù vậy, hành trình hướng tới điều trị khỏi chức năng đang tiến triển rõ rệt. Sự hợp tác toàn cầu trong nghiên cứu, thử nghiệm lâm sàng và hoạch định chính sách sẽ đóng vai trò then chốt giúp biến mục tiêu điều trị khỏi trở thành hiện thực cho hàng triệu người bệnh viêm gan B trên toàn thế giới.

Abstract:

Chronic hepatitis B (CHB) remains a global health challenge, with more than 250 million people chronically infected and at risk of serious complications such as cirrhosis and hepatocellular carcinoma (HCC). While long-term treatment with nucleos(t)ide analogues (NAs) such as entecavir or tenofovir effectively suppresses viral replication, it seldom results in complete virus elimination due to the persistence of covalently closed circular DNA (cccDNA) in hepatocytes. As a result, international focus has shifted toward achieving a more attainable and clinically meaningful outcome: functional cure. This is defined as sustained loss of hepatitis B surface antigen (HBsAg), with or without the appearance of protective anti-HBs antibodies, and undetectable HBV DNA, leading to long-term remission without the need for ongoing antiviral therapy.

Recent years have seen substantial progress in the development of novel therapeutic strategies targeting various stages of the HBV life cycle and the host immune response. These include entry inhibitors such as bulevirtide, small

interfering RNAs and antisense oligonucleotides that reduce viral protein production (e.g., JNJ-3989, VIR-2218), immune modulators that aim to restore innate and adaptive immunity, therapeutic vaccines, and monoclonal antibodies targeting HBsAg. Of particular interest are combination regimens that integrate antiviral suppression with immune reactivation, which have demonstrated encouraging HBsAg loss rates in early-phase clinical trials reaching up to 30% in selected populations.

Despite these advances, key challenges remain. The overall functional cure rate is still modest, varies across genotypes, and is influenced by host factors. Long-term safety data, strategies to prevent relapse, and equitable access to novel therapies—especially in low- and middle-income countries—are areas requiring further attention. Nevertheless, the journey toward a functional cure for hepatitis B is steadily advancing. Continued global collaboration in research, clinical trials, and policy-making will be crucial to ensure that curative strategies become a reality for millions of patients worldwide.

Tích hợp Y học cổ truyền trong điều trị viêm gan vi rút B

Intergrated Traditional Medicine in Treatment for HBV

PGS TS BS Nguyễn Thị Bay
BV ĐHYD Tp HCM

Tóm tắt:

Viêm gan B mạn tính (CHB) là một trong những vấn đề y tế toàn cầu, góp phần hàng đầu vào tiến triển xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan. Mặc dù các thuốc nucleos(t)ide analogues (NAs) hiện là lựa chọn điều trị đầu tay do khả năng ức chế hiệu quả HBV DNA, nhưng chúng vẫn tồn tại nhiều hạn chế như khả năng ức chế kháng nguyên yếu, kháng thuốc, viremia mức thấp kéo dài và tác dụng phụ không mong muốn.

Y học cổ truyền (YHCT), đặc biệt là các bài thuốc và dược liệu truyền thống, đang ngày càng thể hiện vai trò quan trọng trong điều trị CHB. Tác dụng chống HBV của YHCT được ghi nhận 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... Bằng chứng từ nhiều phân tích gộp từ các RCT cho thấy 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. Bên cạnh đó, các nghiên cứu lâm sàng theo dõi dài hạn cũng cho thấy tích hợp thuốc YHCT giúp giảm diễn tiến xơ gan.

Tuy nhiên, YHCT vẫn còn đối mặt với nhiều thách thức, bao gồm thiếu tiêu chuẩn hóa chất lượng, cơ chế tác động chưa được làm rõ đầy đủ và số lượng nghiên cứu lâm sàng quy mô lớn, chất lượng cao còn hạn chế. Trong tương lai, việc kết hợp YHCT với NAs nhằm tận dụng ưu thế của cả hai phương pháp hứa hẹn sẽ tối ưu hóa hiệu quả điều trị và đóng góp vào mục tiêu loại trừ viêm gan B toàn cầu vào năm 2030 của Tổ chức Y tế Thế giới.

Abstract:

Chronic hepatitis B (CHB) is a major global health issue and a leading contributor to the progression of liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Although nucleos(t)ide analogues (NAs) are currently the first-line treatment due to their effective suppression of HBV DNA, they still present several limitations, such as weak antigen

inhibition, drug resistance, persistent low-level viremia, and undesirable side effects.

Traditional medicine (TM), particularly TM formulations and herbal remedies, is increasingly playing an important role in the treatment of CHB. The anti-HBV effects of TCM are recognized through two main mechanisms: direct inhibition of key stages in the HBV life cycle, such as viral entry,

replication, and assembly, and indirect effects through modulation of the immune system, apoptosis, autophagy, and oxidative stress. Evidence from multiple meta-analyses of RCTs indicates that combining TM with NAs enhances HBeAg seroconversion, reduces HBsAg and HBV DNA levels, and improves liver function. In addition, long-term clinical studies have shown that integrating TCM may help slow the progression of liver fibrosis.

However, TM still faces several challenges, including a lack of standardized quality control, incomplete understanding of its mechanisms of action, and a limited number of large-scale, high-quality clinical trials. In the future, combining TM with NAs to leverage the strengths of both treatment approaches holds promise for optimizing therapeutic outcomes and contributing to the World Health Organization's goal of global hepatitis B elimination by 2030.

Cập nhật chẩn đoán và điều trị viêm gan C

Updated HCV: Diagnosis and Treatment

PGS TS BS Trịnh Thị Ngọc

Phó Chủ tịch Hội Gan mật Việt Nam

Tóm tắt:

Viêm gan vi rút C là bệnh Truyền nhiễm hay gặp trên thế giới và Việt Nam. Những năm trước 2015 trên thế giới ước tính có 170 triệu người nhiễm virus viêm gan C (Hepatitis C virus – HCV); tuy nhiên, thời gian gần đây do sử dụng các biện pháp phòng lây truyền tốt, đặc biệt là việc sử dụng thuốc kháng virus tác động trực tiếp (thuốc DAAs) trong điều trị viêm gan C từ những năm 2017, số nhiễm HCV trên thế giới giảm rõ rệt ước tính chỉ còn 70-90 triệu. Tại Việt

Nam số người nhiễm HCV cũng giảm nhiều so với trước. Theo Bộ Y Tế hiện tỷ lệ nhiễm HCV khoảng 1% tức là ước tính có khoảng 1 triệu người Việt Nam nhiễm virus. Năm 2024 Bộ Y tế cùng Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra hướng dẫn mới để điều trị Viêm gan vi rút C, với chỉ định điều trị cho những đối tượng đặc biệt như trẻ em trên 3 t, bệnh nhân đồng nhiễm virus viêm gan B, HIV, lao.. Và điều đáng chú ý hiện nay là viêm gan C cũng đã được các bác sỹ tuyến cơ sở điều trị, giúp cho bệnh nhân đỡ vất vả hơn và càng làm tỷ lệ nhiễm viêm gan C giảm hơn nữa.

Abstract:

Infection with hepatitis C virus (HCV) is common in the world and Vietnam. Before 2015, the estimated number of people infected with HCV was 170 million; however, recently, the number of HCV infected people significantly decreased to 70 to 90 million worldwide, thanks to improved prevention as well the use of Directly Acting Antivirals (DAAs) for treatment of HCV infection from 2017. In Vietnam, the number of HCV infected people has also decreased. As estimated by the Ministry of Health (MOH), the prevalence of HCV infection in Vietnam is about 1%, which means that there

are one million people in the country infected with the virus. In 2024, MOH in collaboration with WHO Vietnam's country office had updated the Guideline for Treatment of HCV infection with the guidance on treating special populations, e.g., children from three years of age, people coinfecting with Hepatitis B virus, HIV, tuberculosis, etc. Notetably, currently, treatment of HCV infection can be provided by primary care providers, helping patients save their time and expenses on the HCV treatment as well promoting further decrease of HCV infection in the country.

Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh Wilson

Update on Diagnosis and Treatment of Wilson Disease

TS BS Lê Hữu Phước

Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Wilson là một bệnh di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường, gây rối loạn chuyển hóa đồng, do đột biến gen ATP7B. Chẩn đoán vẫn dựa vào các xét nghiệm, chúng tôi xem xét lại những thách thức và cạm bẫy quan trọng nhất trong việc đánh giá xét nghiệm, bao gồm cả vai trò của gen trong chẩn đoán bệnh Wilson. Liệu pháp chuẩn hiện nay là thải loại đồng dư thừa, nhưng hiệu quả chưa như mong đợi do tình trạng lâm sàng có thể xấu đi ở những bệnh nhân

được điều trị và tác dụng phụ tiềm ẩn liên quan đến thuốc thải đồng. Chúng tôi cũng xem xét các phương pháp điều trị mới đầy hứa hẹn, bao gồm cấy ghép tế bào và liệu pháp gen. Cuối cùng, chúng tôi bàn luận các nghiên cứu đang phát triển nhanh chóng hiện nay về cơ chế phân tử gây bệnh Wilson, các đích điều trị tiềm năng liên quan nhằm cung cấp nền tảng vững chắc để điều trị bệnh một cách an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Bệnh Wilsons, ATP7B, đồng, thải độc, liệu pháp gen

Abstract:

Wilson's disease is an autosomal recessive disorder of copper metabolism, caused by mutations in the ATP7B gene. The diagnosis remains laboratory based, and here we review the most important challenges and pitfalls in laboratory evaluation of Wilson's disease, including the emerging role of genetic testing in Wilson's disease diagnosis. The gold standard of therapy is chelation of excessive copper, but many unmet needs exist because of possible clinical deterioration in treated patients and potential adverse effects associated with

currently available chelating medications. We also review the most promising novel therapeutic approaches, including cell transplantation and gene therapy. Finally, we discuss the hope for the current rapidly developing research on molecular mechanisms underlying Wilson's disease pathogenesis and for the related potential therapeutic targets to provide a solid foundation for the next generation of Wilson's disease therapies that may lead to an effective, tolerable and safe cure.

Keywords: Wilson's disease, ATP7B, copper, chelation, gene therapy.

PHIÊN CHUYÊN ĐỀ 2:
UNG THƯ GAN MẬT
Special Topic Session 2:
HCC & CCC

MicroRNA Dấu ấn sinh học tiềm năng để tầm soát chẩn đoán sớm HCC liên quan đến HBV

microRNA Potential Bio-Marker for Screening Early Diagnosis of HCC related HBV

PGS TS BS Phan Quốc Hoàn
BV TWQĐ 108

Tóm tắt:

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất, có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao tại Việt Nam. Nguyên nhân gây bệnh HCC tại Việt Nam chủ yếu liên quan đến yếu tố nguy cơ viêm gan vi rút mạn tính (do HBV). Hiện tại việc chẩn đoán phát hiện ung thư gan tại nước ta đang chủ yếu dựa vào chuẩn đoán hình ảnh (XQ, siêu âm) và 1 số dấu ấn huyết thanh như AFP, DCP... đa phần chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Do đó, rất cần các dấu ấn sinh học chính xác và hiệu quả để chẩn đoán sớm và tiên lượng.

MicroRNA (miRNA) là những chất điều hòa quan trọng có chức năng trong nhiều

quá trình tế bào và hoạt động sinh học. Nhiều bằng chứng khoa học cho thấy biểu hiện bất thường của miRNA có liên quan chặt chẽ với sự khởi phát và tiến triển của HCC. Gần đây, nhiều miRNA đã được xác định là các dấu ấn sinh học cho HCC như mir-21, mir-122, mir-192... Trong bài tổng quan này, chúng tôi xem xét vai trò, ý nghĩa chẩn đoán, tiên lượng và điều trị của một số miRNA được coi dấu ấn sinh học trong HCC từ mẫu máu và mẫu mô từ các nghiên cứu trên thế giới và thực tiễn của nhóm nghiên cứu tại bệnh viện TWQĐ 108. Qua đây nhằm tìm hiểu thêm về cơ chế của miRNA trong quá trình phát triển HCC.

Abstract:

Hepatocellular carcinoma (HCC) is one of the most common cancers with high incidence and mortality rates in Vietnam. The cause of HCC in Vietnam is mainly related to the risk factor of chronic viral hepatitis (due to HBV). Currently, the diagnosis of liver cancer in our country is mainly based on imaging (X-ray, ultrasound) and some serum markers such as AFP, DCP... most of which are diagnosed at a late stage. Therefore, accurate and effective biomarkers are needed for early diagnosis and prognosis.

MicroRNAs (miRNAs) are important regulators that function in many cellular processes and biological activities. Many scientific evidences show that abnormal expression of miRNAs is closely related to the onset and progression of HCC. Recently, many miRNAs have been identified as biomarkers for HCC such as mir-21, mir-122, mir-192... In this review, we examine the role, diagnostic, prognostic and therapeutic significance of some miRNAs considered biomarkers in HCC from blood and tissue samples. Through this, we aim to learn more about the mechanism of miRNAs in the development of HCC.

Đặc điểm đột biến gen trong điều trị ung thư đường mật và kết quả bước đầu ứng dụng điều trị trúng đích

Characteristic of Genetic Mutation in Cholangio-Carcinoma and Initial Outcome for Application of Target Therapy

TS BS Đỗ Hữu Liệt
BV Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Mở đầu: Ung thư đường mật trong gan (iCCA) là một loại ung thư có tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng và tỷ lệ tử vong cao. Mặc dù phẫu thuật mang lại hy vọng tốt nhất cải thiện sự sống còn. Tuy nhiên, chỉ khoảng một phần ba khối u có thể được cắt bỏ bằng phẫu thuật tại thời điểm chẩn đoán. Thật không may, hóa trị liệu thông thường mang lại lợi ích sống còn hạn chế trong việc điều trị bệnh không thể phẫu thuật hoặc di căn. Những tiến bộ gần đây trong việc hiểu biết về cơ chế bệnh phân tử của iCCA và việc sử dụng các kỹ thuật giải trình tự gen đã cung cấp cơ hội để xác định các bất thường phân tử có thể nhắm tới. Những liệu pháp phân tử mới này hứa hẹn cá nhân hóa liệu pháp điều trị cho bệnh nhân iCCA và từ đó cải thiện kết quả của bệnh nhân.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo loạt ca

Kết quả: Từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 8 năm 2024, tại khoa ngoại Gan Mật Tụy, bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Quốc Tế Nam Sài Gòn, chúng tôi thực hiện được 8 trường hợp ung thư đường mật trong gan, trong đó 4 trường hợp được phẫu thuật triệt để lấy mẫu, 4 trường hợp còn lại được lấy mẫu qua sinh thiết lõi. Tuổi trung bình

65,8±8,3(55-81), nam/nữ 3:1, đặc điểm giải phẫu bệnh với ung thư đường mật loại ống lớn 4 trường hợp (50%) và ung thư đường mật loại ống nhỏ 4 trường hợp (50%). Dấu ấn miễn dịch TMB, MSI chiếm tỷ lệ 75%, đột biến IDH1 và BRAF 2 trường hợp chiếm 25%, chúng tôi chưa ghi nhận đột biến IDH2 và EGFR. Tuy nhiên, chúng tôi gặp đột biến NF1, KRAS, BARD1, STK, TP53 mỗi loại 1 trường hợp chiếm 12,5%. Sau khi có kết quả giải trình tự gen bệnh nhân được điều trị trúng đích kết hợp hóa trị và miễn dịch. Thời gian sống trung bình TB 12,1 ± 7,9 (5-30) tháng.

Kết luận: Qua 8 trường hợp iCCA, tuy mẫu nghiên cứu còn thấp nhưng chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đột biến trong iCCA khá phức tạp. Hiện nay, các thuốc điều trị trúng đích chủ yếu tập trung vào nhóm đột biến IDH1/2, EGFR, BRAF, tuy nhiên đột biến không xảy ra nhiều ở gen này, điều đó làm cho việc điều trị trúng đích gặp rất nhiều khó khăn. Chúng tôi đang tiếp tục nghiên cứu, hy vọng với cỡ mẫu lớn hơn sẽ cho kết quả tích cực hơn.

Từ khóa: Ung thư đường mật trong gan, đột biến gen.

Abstract:

Background: *Intrahepatic cholangiocarcinoma (iCCA) is a type of cancer with an increasing incidence and a high fatality rate. Although surgery offers the best hope for improving survival, only about one-third of tumors can be surgically resected at the time of diagnosis. Unfortunately, conventional chemotherapy provides limited survival benefits in treating unresectable or metastatic disease. Recent advances in understanding the molecular pathogenesis of iCCA and the use of gene sequencing techniques have provided an opportunity to identify targetable molecular abnormalities. These novel molecular therapies promise to personalize treatment for iCCA patients and thereby improve patient's outcomes.*

Methods: *Case series report.*

Results: *From November 2022 to August 2024, at the Hepatobiliary and Pancreatic Surgery Department of Chợ Rẫy Hospital and Nam Sài Gòn International Hospital, we conducted 8 cases of intrahepatic cholangiocarcinoma. Among these, 4 cases underwent radical surgical sampling, while the remaining 4 cases were sampled through core needle biopsy. The average age was 65.8 ± 8.3 years (range: 55–81), with*

a male-to-female ratio of 3:1. Histopathological characteristics revealed that 4 cases (50%) were large duct type cholangiocarcinoma, and 4 cases (50%) were small duct type cholangiocarcinoma. Immunohistochemical markers TMB and MSI were detected in 75% of cases. IDH1 and BRAF mutations were found in 2 cases (25%). No IDH2 or EGFR mutations were recorded. However, we identified mutations in NF1, KRAS, BARD1, STK, and TP53, each in 1 case, accounting for 12.5% of the total cases. After obtaining genetic sequencing results, patients were treated with targeted therapy combined with chemotherapy and immunotherapy. The average survival time was 12.1 ± 7.9 months (range: 5–30 months).

Conclusion: *Through 8 cases of iCCA, although the sample size is still small, we have observed that the mutation rate in iCCA is quite complex. Currently, targeted therapies mainly focus on mutations in the IDH1/2, EGFR, and BRAF genes. However, mutations did not occur in these genes, which makes targeted treatment very challenging. We are continuing our research and hope that a larger sample size will yield more positive results.*

Keywords: *Intrahepatic cholangiocarcinoma, Gene mutation.*

Điều trị ung thư tế bào gan bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Surgical Treatment for HCC in Cantho Central General Hospital

BSCK2 Nguyễn Khắc Nam
BV ĐKTW Cần Thơ

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị triệt để ung thư tế bào gan (UTTBG) ở những bệnh nhân (BN) giai đoạn còn sớm hoặc giai đoạn trung gian, chức năng gan bảo tồn và toàn trạng tốt. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan ở bệnh nhân ung thư tế bào gan, tỷ lệ biến chứng, thời gian sống thêm toàn bộ và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 212 trường hợp phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2024 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình 59,5 và tỷ lệ nam/nữ là 2,9/1. Đa số bệnh nhân vào viện do đau bụng chiếm 78%. Tỷ

lệ bệnh nhân có HBsAg và anti-HCV dương tính lần lượt là 67% và 38%. Hầu hết bệnh nhân có chức năng gan còn tốt Child-Pugh A chiếm 92%. Tỷ lệ tử vong là 2% và tỷ lệ biến chứng sau mổ 18%. Tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm sau phẫu thuật lần lượt là 89% và 78%. Chức năng gan có ảnh hưởng đến thời gian sống thêm.

Kết luận: Điều trị ung thư tế bào gan bằng phẫu thuật trong giai đoạn hiện nay đạt kết quả tốt, tai biến và biến chứng có thể kiểm soát được. Phẫu thuật đã đem lại cơ hội tốt cho sự sống còn của bệnh nhân ung thư tế bào gan.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt gan, ung thư tế bào gan, HbsAg, anti-HCV.

Abstract:

Background: Hepatectomy is a curative therapy for hepatocellular carcinoma (HCC) in the early or intermediate stages, well-preserved liver function, and good health status. **The aims:** Evaluate the outcomes of hepatectomy for HCC, the complication rate, overall survival time, and related factors. **Materials and methods:** This study included 212 patients who underwent hepatectomy at Can Tho Central General Hospital, during

the period between January 2017 and December 2024. **Results:** The average age was 59.5 and the male/female ratio was 2.9/1; most of patients hospitalized due to abdominal pain accounted for 78%. The patients who had positive HBsAg and anti-HCV were 67% và 38%, respectively; Almost patients had the well-preserved liver function with Child-Pugh A 92%. Postoperative mortality and morbidity were 2% and 18%, respectively. The 1-year and 2-year survival

time after surgery were 89% and 78%, respectively. There was significant correlation between the liver function and the overall survival time.

Conclusions: *Nowdays hepatectomy for hepatocellular carcinoma are remarkably*

effective with controllable postoperative mortality and complications. Surgical therapy for hepatocellular carcinoma gives good chance for HCC patients to survival.

Keywords: *Hepatectomy, hepatocellular carcinoma, results.*

Kết quả sớm điều trị HCC và di căn bằng sóng cao tần tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh

Early Result of Treatment for HCC & Metastasis by RFA at Travinha General Hospital

TS BS Trần Kiến Vũ

BV ĐK Trà Vinh

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Ung thư biểu mô tế bào gan (Hepatocellular carcinoma-HCC) là nguyên nhân gây ung thư phổ biến thứ năm trên thế giới. Điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt sóng cao tần (RFA) “là phương pháp điều trị tại chỗ có khả năng triệt căn” được thực hiện trên bệnh nhân có tình trạng toàn thân 0-2, số khối ung thư biểu mô tế bào gan trong gan dưới hoặc bằng 3 và kích thước lớn nhất khối ung thư biểu mô tế bào gan dưới hoặc bằng 5cm, chức năng gan là Child-pugh A, B, không có di căn xa. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát kết quả sớm điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng sóng cao tần (RFA) tại Bệnh viện đa khoa Trà Vinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu báo cáo loạt ca bệnh, khảo sát 20 trường hợp thực hiện bằng đốt sóng cao tần, ghi nhận kết quả điều trị UTBMTBG tại Bệnh viện đa khoa Trà Vinh từ 1/2024 đến 5/2025. **Kết quả:** Độ tuổi trung vị 59 (43 - 70) tuổi. Tỷ

lệ nữ giới mắc bệnh trong nghiên cứu cao hơn so với nam giới. Kích thước khối u gan trung vị 3,1 (2,1 - 5) cm, 20% có khối u > 5 cm. U hạ phân thùy II-VIII chiếm 35%. Hầu hết có kết quả hóa sinh, chức năng gan giới hạn bình thường. Chỉ số AFP trung vị 4,2 (2,5 - 13,9). Số lần RFA chủ yếu được thực hiện 1 lần, thực hiện 2 lần chiếm 20% chủ yếu ở người bệnh có kích thước khối u ≤ 5cm. Không ghi nhận thêm các tai biến và biến chứng của thủ thuật RFA trong giai đoạn 3 tháng sau thực hiện thực thủ thuật.

Kết luận: RFA là phương pháp điều trị tại chỗ có khả năng triệt căn, cho hiệu quả điều trị HCC tốt, tuy nhiên cần phải theo dõi thời gian xa hơn và có hướng điều trị tiếp theo hợp lý với từng trường hợp. Mức độ đáp ứng tốt sau điều trị RFA ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan chưa ghi nhận tiến triển tái phát trở lại sau 3 tháng.

Từ khóa: Ung thư, Ung thư biểu mô tế bào gan, Đốt sóng cao tần (RFA)

Abstract:

Introduction: Hepatocellular carcinoma (HCC) is the fifth most common cancer worldwide. Radiofrequency ablation (RFA) is considered a “potentially curative local

treatment” for HCC in patients with an ECOG performance status of 0–2, having no more than three tumors in the liver, the largest tumor measuring no more than 5 cm, preserved liver function classified as Child-

*Pugh A or B, and no evidence of distant metastasis. **Objective:** To evaluate the early outcomes of radiofrequency ablation (RFA) treatment for hepatocellular carcinoma at Tra Vinh General Hospital. **Methods:** A case series study including 20 patients who underwent RFA for HCC at Tra Vinh General Hospital from January 2024 to May 2025. The study recorded treatment outcomes following the procedure. **Results:** The median age was 59 years (range 43–70). The proportion of female patients was higher than that of male patients. The median tumor size was 3.1 cm (range 2.1–5 cm), with 20% having tumors larger than 5 cm. Tumors located in liver subsegments II–VIII accounted for 35%. Most patients had normal or near-normal liver function and*

*biochemical results. The median AFP level was 4.2 ng/mL (range 2.5–13.9). RFA was performed once in most cases; 20% underwent the procedure twice, primarily in those with tumor size ≤ 5 cm. No additional complications or adverse events related to RFA were reported during the 3-month follow-up period. **Conclusion:** RFA is a potentially curative local treatment for HCC, showing good short-term outcomes. However, longer follow-up and individualized treatment plans are necessary. Patients demonstrated good response following RFA, with no evidence of recurrence within 3 months post-treatment.*

Keywords: Cancer, Hepatocellular carcinoma, Radiofrequency ablation (RFA).

Đường cong học tập trong phẫu thuật nội soi cắt gan – Kinh nghiệm của một phẫu thuật viên gan mật tụy

Learning Curve in Lap Hepatectomy - Experience from HBP Surgeon

TS BS Hồ Văn Linh

BV TW Huế

Tóm tắt:

Mục tiêu: Chia sẻ kinh nghiệm về đường cong học tập trong phẫu thuật nội soi cắt gan

Đối tượng và phương pháp: Bao gồm 99 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt gan tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 1/2019-5/2025.

Kết quả: Đã tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi giữa 2 nhóm (55 vs 67; $p=0,035$), chỉ số khối cơ thể (20,9 vs 21,3; $p=0,003$). Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm cấu trúc nhu mô gan giữa 2 nhóm ($p=0,560$). Đặc điểm phẫu thuật và kết quả được tóm tắt ở (bảng 3.2). Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của 2 nhóm về các kiểu cắt gan ($p=0,667$); thời gian kẹp cuống gan trung bình (50 vs 40; $p=0,256$); tỷ lệ biến

chứng (12,2% vs 10%; $p=0,102$) và thời gian nằm viện (11 vs 9,7; $p=0,670$). Tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của 2 nhóm về lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật (300 vs 115; $p=0,006$); số bệnh nhân phải truyền máu (17 vs 3; $p=0,003$); tỷ lệ chuyển đổi kỹ thuật (16,3% vs 0%; $p=0,002$), nguyên nhân chủ yếu của chuyển đổi kỹ thuật do chảy máu không kiểm soát được trong nội soi.

Kết luận: Cần thiết tối thiểu phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt gan 25 trường hợp từ đơn giản đến phức tạp, thực hiện trong thời gian ngắn và liên tục để đạt được mức độ thành thạo đối với các phẫu thuật viên gan mật có nền tảng vững chắc về phẫu thuật gan mở và kỹ thuật nội soi nâng cao.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt gan, đường cong học tập.

Abstract:

Objective: I would like to share my experience in terms of learning curve in laparoscopic liver resection with every one.

Materials and Methods: A totally of 99 patients who underwent laparoscopic liver resection at Hue Central Hospital from January 2019 to May 2025.

Results: A statistically significant difference was found between the two groups in terms of age (55 vs 67; $p=0,035$) and body mass index (20,9 vs 21,3; $p=0,003$). No statistically significant difference was observed in the liver parenchymal structure between the two groups ($p=0,560$). No statistically significant differences were found between the two groups regarding

types of liver resection ($p=0.667$), average time intermittent Pringle maneuver (50 vs 40 minutes; $p=0.256$), complication rates (12,2% vs 10%; $p=0.102$), medium length of hospital stay (11 vs 9,7 days; $p=0.670$). However, statistically significant differences were observed in terms of intraoperative blood loss (300 vs 115 mL; $p=0.006$), number of patients requiring blood transfusion (17 vs 3; $p=0.003$), and conversion rate to open surgery (16,3% vs

0%; $p=0.002$), causes of conversion was uncontrolled intraoperative bleeding.

Conclusion: This study shows that a minimum of 25 cases was required to obtain a significant improvement learning curve in laparoscopic liver resection with hepatobiliary surgeons who is specific training a strong background in open liver surgery and advanced laparoscopic techniques.

Keywords: Laparoscopic liver resection, learning curve.

Điều trị ung thư gan bằng TACE tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Treatment of HCC at Cantho Central General Hospital

BSCK2 Bùi Phi Hùng
BV ĐKTW Cần Thơ

Tóm tắt:

Ung thư gan là một trong những loại ung thư thường gặp nhất tần suất mắc mới đứng hàng thứ 6 và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3. Ung thư tế bào gan có tiên lượng xấu, phần lớn số trường hợp phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn. Nút động mạch hóa chất (TACE) điều trị ung thư gan đã được chấp nhận như là một phương pháp điều trị tạm thời cho các bệnh nhân quá khả năng điều trị triệt để. Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ từ năm 2015 đã thực hiện điều trị ung thư gan bằng phương pháp TACE. Kết quả điều trị cho gần 700 bệnh

nhân và trên 1,700 lượt TACE. Tuổi bình quân 65.4, tỷ lệ nam/nữ 4.2. Nhiễm viêm gan B, C, đồng nhiễm viêm gan B và C là 82%. Tỷ lệ bệnh nhân chưa được can thiệp gì chiếm tỷ lệ cao 63.1%. Tỷ lệ tử vong dưới 1%. Sau can thiệp TACE chỉ số tổng trạng ECOG cải thiện, thời gian sống thêm có ý nghĩa.

Kết luận: Đối với một bệnh nhân ung thư tế bào gan đã quá chỉ định can thiệp điều trị triệt để, TACE đã giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, kéo dài thời gian sống còn cho người bệnh.

Abstract:

Liver cancer is one of the most common cancers, the sixth most common cause of new cases and the third leading cause of death. Hepatocellular carcinoma has a poor prognosis, with most cases detected at a late stage. Transarterial chemoembolization (TACE) for liver cancer has been accepted as a palliative treatment for patients who are beyond the ability to undergo radical treatment. Can Tho Central General Hospital has been treating liver cancer with TACE since 2015. Treatment results for nearly 700 patients and over 1,700 TACE

sessions. Average age 65.4, male/female ratio 4.2. Hepatitis B, C infection, co-infection with hepatitis B and C is 82%. The rate of patients who have not received any intervention is high at 63.1%. Mortality rate is less than 1%. After TACE intervention, the ECOG general status index improved, the survival time was significant.

Conclusion: For a patient with hepatocellular carcinoma who was beyond the indication for radical treatment intervention, TACE helped improve the patient's quality of life and prolong survival time.

**PHIÊN CHUYÊN ĐỀ 3:
VIÊM GAN & XƠ GAN**

*Special Topic Session 3:
Hepatitis & Liver Cirrhosis*

Hạn chế tăng HCV: Khả năng của tiếp cận xét nghiệm kháng thể nguyên kép

Accelerating HCV Elimination: Potential of dual Antigen-antibody Testing Approach

GS TS BS Tawesak Tanwandee

Thái Lan

Tóm tắt:

Bài trình bày này tập trung giới thiệu vào vai trò của xét nghiệm Elecsys® HCV Duo trong việc thúc đẩy loại trừ viêm gan vi rút C (HCV). Việc sàng lọc và điều trị HCV hiện nay gặp nhiều trở ngại do tỷ lệ bỏ sót theo dõi cao và chẩn đoán muộn. HCV Duo – một xét nghiệm kết hợp phát hiện đồng thời kháng nguyên lõi HCV và kháng thể anti-HCV – giúp rút ngắn đáng kể thời gian của sổ chẩn đoán và phát hiện sớm hơn so với các xét nghiệm chỉ phát hiện kháng thể.

Các nghiên cứu cho thấy HCV Duo có độ nhạy rất cao (từ 99.6% đến 100%) và độ đặc

hiệu vượt trội, ngay cả ở các nhóm bệnh nhân phức tạp như đồng nhiễm HIV hoặc tái nhiễm. Ngoài ra, xét nghiệm này có sự tương đồng cao với đo tải lượng HCV RNA, giúp giảm đáng kể nhu cầu sử dụng xét nghiệm HCV RNA trong nhiều trường hợp.

Chiến lược sử dụng HCV Duo hỗ trợ mô hình “xét nghiệm và điều trị” nhanh chóng, đơn giản – đặc biệt hiệu quả ở các nhóm dân số nguy cơ cao hoặc khó tiếp cận. Việc áp dụng phương pháp này có thể nâng cao hiệu quả kết nối điều trị, giảm chi phí và đẩy mạnh tiến trình loại trừ HCV cấp quốc gia.

Abstract:

The presentation explores the role of the Elecsys® HCV Duo assay in accelerating Hepatitis C (HCV) elimination. The HCV care cascade is challenged by high rates of loss to follow-up and late diagnoses. The HCV Duo assay, which detects both HCV core antigen and anti-HCV antibodies simultaneously, significantly shortens the diagnostic window and enables earlier detection compared to traditional antibody-only tests.

Clinical evaluations show that the HCV Duo test has a very high sensitivity (up to

99.6%–100%) and specificity, even in challenging populations such as those co-infected with HIV or with reinfections. Studies also demonstrated high concordance between HCV antigen positivity and active HCV RNA infection, supporting the test's utility in reducing reliance on HCV RNA confirmation in many cases.

The HCV Duo strategy supports simplified, faster “test-and-treat” models, especially in high-risk or hard-to-reach populations. Adoption of this approach could improve linkage to care, reduce costs, and streamline national elimination efforts.

Tác động qua lại giữa MAFLD và bệnh viêm gan vi-rút mạn: Từ cơ chế đến thực hành lâm sàng

Interaction between MAFLD & Chronic HBV, HCV: From Mechanism to Clinical Practice

PGS TS BS Trần Thị Khánh Tường
ĐHYK PN Thạch

Tóm tắt:

MASLD (trước đây là MAFLD) là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh gan mạn toàn cầu. Khi MASLD đồng tồn tại với viêm gan B/C mạn, nguy cơ xơ gan và ung thư gan tế bào (HCC) tăng lên. MASLD ảnh hưởng đến vi sinh học HBV/HCV thông qua các cơ chế miễn dịch và chuyển hóa, có thể làm giảm sự nhân lên và thúc đẩy thanh thải virus. Dù HBV tải lượng thấp hay đã đạt SVR sau điều trị HCV, MASLD vẫn làm trầm trọng tiến triển gan. Hướng dẫn APASL 2025 nhấn mạnh cần sàng lọc MASLD ở bệnh nhân có

viêm gan vi-rút kèm yếu tố nguy cơ chuyển hóa. Chiến lược điều trị cần phối hợp kiểm soát chuyển hóa, điều trị kháng virus và theo dõi định kỳ.

Hai ca lâm sàng minh họa: (1) nam giới nhiễm HBV tải lượng thấp nhưng tiến triển xơ gan nhanh do MASLD; (2) nữ đã điều trị khỏi HCV nhưng MASLD tồn tại, có nguy cơ HCC.

Kết luận: MASLD là yếu tố nguy cơ độc lập và ảnh hưởng đáng kể đến diễn tiến bệnh gan mạn do HBV/HCV, đòi hỏi quản lý tích hợp và theo dõi sát để ngăn biến chứng nặng.

Abstract:

MASLD (formerly MAFLD) is a leading cause of chronic liver disease worldwide. When MASLD coexists with chronic hepatitis B or C, the risk of cirrhosis and hepatocellular carcinoma (HCC) increases. MASLD influences HBV/HCV pathogenesis through immune and metabolic mechanisms, potentially suppressing viral replication and promoting viral clearance. Even in cases with low HBV viral load or after achieving sustained virologic response (SVR) for HCV, MASLD can worsen liver disease progression. According to the 2025 APASL guidelines, patients with viral hepatitis and metabolic risk factors should be screened for

MASLD. Management strategies require integrated approaches, including metabolic control, antiviral therapy, and regular monitoring.

Two clinical cases are highlighted: (1) a male with low-level HBV but rapid fibrosis progression due to MASLD; (2) a female cured of HCV but with persistent MASLD and HCC risk.

Conclusion: MASLD is an independent and significant risk factor influencing the progression of chronic liver diseases associated with HBV/HCV, requiring integrated management and close monitoring to prevent severe complications.

Gan nhiễm mỡ do chuyển hoá (MAFLD): từ Microbiome đến các bệnh lý liên quan

MAFLD: From Microbiome to Associated Diseases

PGS TS BS Võ Duy Thông
BV ĐHYD Tp HCM

Tóm tắt:

Gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hoá (MAFLD – Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease) là một thuật ngữ mới được đề xuất nhằm thay thế cho khái niệm NAFLD (non-alcoholic fatty liver disease), phản ánh đúng hơn bản chất bệnh lý và mối liên hệ mật thiết với hội chứng chuyển hoá. Đây hiện là nguyên nhân phổ biến nhất gây gan nhiễm mỡ trên toàn cầu, với tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng song hành cùng đại dịch béo phì, đái tháo đường type 2 và lối sống tĩnh tại. Tuy nhiên, MAFLD không đơn thuần là bệnh lý gan mà là biểu hiện của rối loạn toàn thân, có liên quan chặt chẽ đến các cơ chế viêm mạn tính, kháng insulin, và rối loạn miễn dịch.

Một trong những hướng tiếp cận bệnh sinh quan trọng gần đây là vai trò của hệ vi sinh vật đường ruột (gut microbiota). Sự mất cân bằng hệ vi sinh (dysbiosis) có thể gây tăng tính thấm niêm mạc ruột, cho phép các sản phẩm của vi khuẩn như lipopolysaccharide (LPS) đi vào tuần hoàn của và kích hoạt phản ứng viêm qua trục ruột – gan. Những thay đổi này góp phần thúc đẩy gan nhiễm mỡ, viêm gan, và xơ hóa. Ngoài ra, microbiome còn ảnh hưởng đến chuyển hoá lipid, điều hòa hệ miễn dịch và sản xuất các acid béo chuỗi ngắn, từ đó tác động đến nhiều cơ quan khác. MAFLD cũng là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh lý ngoài gan như bệnh tim mạch xơ vữa, hội

chứng ngưng thở khi ngủ, bệnh thận mạn, và thậm chí cả ung thư ngoài gan như đại trực tràng và vú. Mối liên hệ này phản ánh một quá trình viêm mức độ thấp kéo dài và ảnh hưởng toàn thân bắt nguồn từ gan. Bên cạnh đó, các rối loạn tâm thần kinh như lo âu, trầm cảm và suy giảm nhận thức nhẹ cũng được ghi nhận ở nhiều bệnh nhân MAFLD, đặt ra yêu cầu điều trị toàn diện và đa chuyên khoa.

Trong thực hành lâm sàng hiện nay, việc tầm soát sớm và đánh giá nguy cơ tiến triển là đặc biệt quan trọng. Các công cụ 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. Về điều trị, thay đổi lối sống vẫn là nền tảng. Ngoài ra, các liệu pháp điều biến hệ vi sinh (probiotic, prebiotic, và ghép vi sinh – FMT) đang được nghiên cứu như một hướng điều trị tiềm năng. Các thuốc mới như GLP-1 receptor agonists, FXR agonists hay các chất điều hòa PPAR đang mở ra triển vọng trong kiểm soát MAFLD một cách cá thể hóa.

Tóm lại, MAFLD là một thách thức lớn trong y học hiện đại, không chỉ vì tỷ lệ mắc cao mà còn vì tính chất đa hệ thống và diễn tiến âm thầm. Hiểu rõ vai trò của microbiome và trục ruột – gan sẽ giúp chúng ta tiếp cận toàn diện hơn trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý này, nhằm ngăn ngừa biến chứng gan giai đoạn cuối cũng như các bệnh đồng mắc nguy hiểm.

Abstract:

Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease (MAFLD) is a recently proposed term that replaces the traditional concept of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD). This new nomenclature better reflects the pathophysiological association between hepatic steatosis and metabolic dysfunction. MAFLD is currently the most prevalent cause of fatty liver disease globally, with its incidence steadily rising in parallel with the global epidemics of obesity, type 2 diabetes, and sedentary lifestyles. Importantly, MAFLD is no longer viewed as a localized hepatic disorder, but rather as a systemic condition closely linked to chronic low-grade inflammation, insulin resistance, and immune dysregulation.

One of the most critical insights in recent years is the role of the gut microbiota in MAFLD pathogenesis. Gut dysbiosis alters the intestinal barrier, leading to increased permeability and translocation of microbial products—particularly lipopolysaccharide (LPS)—into the portal circulation. These endotoxins activate immune pathways in the liver, especially the TLR4-NF- κ B axis, promoting inflammation, hepatic steatosis, and fibrogenesis. Additionally, the microbiome influences lipid and glucose metabolism, immune modulation, and the production of short-chain fatty acids, affecting multiple organ systems beyond the liver.

MAFLD is associated with a wide range of extrahepatic diseases, including atherosclerotic cardiovascular disease, chronic kidney disease, obstructive sleep

apnea, and various extrahepatic malignancies such as colorectal and breast cancer. These associations are mediated by persistent low-grade systemic inflammation and metabolic imbalance originating in the liver and gut. Furthermore, neuropsychiatric conditions such as depression, anxiety, and mild cognitive impairment are also increasingly reported in MAFLD patients, highlighting the need for a multidisciplinary management strategy.

In clinical practice, early detection and risk stratification are essential. Non-invasive tools such as FIB-4, CAP, transient elastography, and MRI-PDFF have improved the ability to identify fibrosis and quantify steatosis without liver biopsy. Lifestyle modification remains the cornerstone of treatment. Meanwhile, microbiome-targeted therapies, including probiotics, prebiotics, and fecal microbiota transplantation (FMT), are being explored as promising adjuncts. Emerging pharmacologic agents—such as GLP-1 receptor agonists, FXR agonists, and PPAR modulators—offer hope for personalized and more effective treatment approaches.

In conclusion, MAFLD represents a major challenge in modern hepatology—not only due to its high prevalence but also because of its systemic implications and potential for silent progression. A comprehensive understanding of the gut–liver axis and the microbiome’s role will be key to improving diagnosis, risk stratification, and treatment of MAFLD, ultimately preventing end-stage liver disease and associated comorbidities.

Vai trò của hệ vi sinh đường ruột trong bệnh lý gan mật

The Role of the Gut Microbiota in Hepato-Biliary Diseases

PGS TS BS Nguyễn Anh Tuấn
BV ĐHYD Tp HCM

Tóm tắt:

Hệ vi sinh đường ruột ngày càng được biết đến không chỉ với chức năng tiêu hoá – dinh dưỡng mà còn là một cơ quan quan trọng ảnh hưởng đến các chức năng miễn dịch, chuyển hoá của cơ thể. Với hơn 1000 loài vi sinh vật khác nhau, hệ vi sinh đường ruột đặc trưng cho mỗi cá thể và kết nối mật thiết với cơ thể thông qua các sản phẩm chuyển hoá của chúng, từ đó kết nối ruột với các cơ quan khác của cơ thể. Ngày nay, các nhà khoa học đã biết đến các mối liên hệ này thông qua các trục như ruột – não, ruột – phổi, ruột – thận, ruột – da và trong đó có trục ruột – gan.

Một số bệnh lý gan mật như bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD), bệnh gan do rượu (ALD), xơ gan, ... đã được chứng minh có khởi nguồn từ trục ruột – gan, thông qua hiện tượng loạn khuẩn ở ruột

(dysbiosis), từ đó phá vỡ hàng rào ruột, tạo điều kiện cho sự dịch chuyển của vi sinh vật có hại ở ruột cùng các chất chuyển hoá của chúng theo tĩnh mạch cửa hoặc tuần hoàn hệ thống vào gan, kích thích các chuyển hoá bất lợi ở gan như ức chế tín hiệu FXR (Farnesoid X receptor), tích tụ triglyceride, giảm phóng thích VLDL từ gan (trong NAFLD), hoặc tăng tạo axit mật nguyên phát, giảm phosphatidylcholine đưa đến viêm (trong ALD), hoặc tăng PAMP và giảm lưu chuyển axit mật, kích thích các tế bào hình sao (trong xơ gan), v.v... Việc điều trị các bệnh lý gan mật ngày nay, bên cạnh các điều trị tiêu chuẩn, việc hỗ trợ để cân bằng lại hệ vi sinh đường ruột, phục hồi hàng rào ruột cũng là một yếu tố cộng thêm, giúp cải thiện triệu chứng. Các biện pháp như dinh dưỡng hợp lý, bổ sung probiotics, cấy microbiota từ ruột người khoẻ mạnh (FMT) đang được nghiên cứu và khuyến cáo.

Abstract:

The gut microbiota is increasingly recognized not only for its role in digestion and nutrition but also as an important organ influencing the immune and metabolic functions of the body. With more than 1,000 different microbial species, the gut microbiota is unique to each individual and closely connected to the body through its

metabolic products, thereby linking the gut with other organs. Today, scientists have identified these connections through various axes such as the gut-brain axis, gut-lung axis, gut-kidney axis, gut-skin axis, and notably, the gut-liver axis.

Certain hepatobiliary diseases such as non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD), alcoholic liver disease (ALD), and cirrhosis

have been shown to originate from the gut-liver axis. This occurs through intestinal dysbiosis, which disrupts the intestinal barrier and allows the translocation of harmful gut microbes and their metabolites via the portal vein or systemic circulation to the liver. This triggers adverse hepatic metabolic processes such as inhibition of FXR (Farnesoid X receptor) signaling, triglyceride accumulation, and reduced VLDL secretion from the liver (in NAFLD); or increased production of primary bile acids and reduced phosphatidylcholine, leading to inflammation (in ALD); or increased PAMPs and decreased bile acid circulation, which stimulate hepatic stellate cells (in cirrhosis), among others. In the treatment of hepatobiliary diseases today, in addition to standard therapies, supporting the balance of gut microbiota and restoring the intestinal barrier has become an additional factor that helps improve symptoms. Measures such as proper nutrition, probiotic supplementation, and fecal microbiota transplantation (FMT) from healthy individuals are being studied and recommended.

Những hướng mới trong điều trị khỏi viêm gan B mạn – Cập nhật EASL 2025

New Directions in Cure of Chronic HBV – Update from EASL 2025

TS BS Lê Thị Thúy Hằng
BV ĐHYD Tp HCM

Tóm tắt:

Viêm gan B mạn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh gan giai đoạn cuối gồm xơ gan và ung thư gan. Mặc dù vắc xin HBV rất hiệu quả, tỉ lệ mắc bệnh và các biến chứng liên quan bệnh gan vẫn còn cao và là gánh nặng cho y tế toàn cầu. Hiện nay, các thuốc điều trị viêm gan B mạn chỉ kiểm soát sự sao chép của vi rút - thuốc giống nucleotide và điều hoà miễn dịch - interferon. Tuy nhiên, tỉ lệ mất HBsAg (khỏi bệnh) còn rất thấp và phải uống lâu dài. Các

thuốc ức chế vi rút trực tiếp chống hoà màng, hình thành capsid, tổng hợp các protein và phóng thích vi rút đang được thử nghiệm lâm sàng. Đồng thời, các thuốc điều hoà miễn dịch kích thích đáp ứng miễn dịch đặc hiệu với HBV cũng đang được nghiên cứu. Sự kết hợp giữa thuốc tác dụng trực tiếp và điều hoà miễn dịch đang mang lại những kết quả hứa hẹn trong điều trị khỏi viêm gan B mạn.

Từ khoá: viêm gan B mạn, thuốc tác dụng trực tiếp, thuốc điều hoà miễn dịch.

Abstract:

Chronic hepatitis B (CHB) is a leading cause of end-stage liver disease, including cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Despite the availability of effective vaccines, the incidence and consequences of CHB remain high, posing a significant global medical burden. Currently, CHB treatment focuses on controlling HBV replication through nucleoside analogues and immune modulation using interferon. However, the rate of HBsAg loss is extremely low, requiring long-term medication use. Direct-

acting antivirals (DAAs) target various mechanisms, including viral entry, capsid assembly, protein production, and secretion, and are currently being evaluated in clinical trials. At the same time, immune modulatory therapies aimed at stimulating HBV-specific immune responses are also in clinical development. The combination of DAAs and immune therapy has shown promising results in the pursuit of a cure for CHB.

Keywords: Chronic hepatitis B, direct-acting antivirals, immune modulatory therapy.

Terlipressin trong điều trị chảy máu do giãn tĩnh mạch thực quản

Terlipressin for the Treatment of Acute Variceal Bleeding

PGS TS BS Vũ Văn Khiên

Hội KH Tiêu hóa VN

Tóm tắt:

Chảy máu tiêu hoá (CMTH) cấp tính do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là một trong những biến chứng chính của bệnh xơ gan. Mặc dù có rất nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị CMTH cấp do giãn vỡ TMTQ ở bệnh nhân xơ gan, nhưng đây vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong, với tỷ lệ từ 15% đến 20% ở bệnh xơ gan tiến triển. Các lựa chọn điều trị chính bao gồm thuốc vận mạch, tiêm xơ qua nội soi, thắt TMTQ qua nội soi, bóng chèn, tạo Shunt cửa chủ trong gan qua đường tĩnh mạch cảnh (TIPS) và phẫu thuật.

Abstract:

Acute variceal bleeding (AVB) is one of the major complications in cirrhosis. Despite great progress in the diagnostic methods and treatment measures of AVB in cirrhosis, it remains the main cause of death with a mortality of 15% to 20% in advanced cirrhosis. Major treatment options for AVB include vasoactive agents, endoscopic sclerotherapy, endoscopic variceal ligation (EVL), balloon tamponade, transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS), and surgery.

Vasoactive agents are the first-line choice of therapy for AVB. Terlipressin is a

Thuốc vận mạch là liệu pháp đầu tay trong điều trị CMTH do giãn vỡ TMTQ. Terlipressin là chất tổng hợp tương tự như vasopressin, nhưng có hoạt tính mạnh hơn và ít tác dụng phụ hơn. Thuốc chủ yếu tác động lên các thụ thể V1 nằm chủ yếu ở cơ trơn động mạch trong hệ thống tuần hoàn, do đó làm giảm lưu lượng máu về tạng và làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa và kiểm soát CMTH do giãn vỡ TMTQ. So với nhóm không dùng thuốc vận mạch, Terlipressin có tác dụng kiểm soát tốt trong 48 giờ đầu sau điều trị và giảm thời gian nằm viện ở bệnh nhân CMTH do giãn vỡ TMTQ..

Từ khoá: Chảy máu tiêu hoá (CMTH); tĩnh mạch thực quản (TMTQ).

synthetic analogue of vasopressin with potent vasoactive properties and less adverse effects. It mainly acts on the V1 receptors which are predominantly located in the arterial smooth muscle within the splanchnic circulation, thereby reducing the splanchnic blood flow and portal pressure and controlling AVB. Compared with no vasoactive drug, terlipressin significantly improved the control of bleeding within 48 hours and significantly decreased the in-hospital mortality in cirrhosis with AVB.

Key-words: Acute variceal bleeding (AVB); transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS).

Nghiên cứu thực trạng viêm gan vi rút B ở nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2023

Study on Reality of HBV in Medical Workers at Kien Giang General Hospital 2023

BSCK2 Đỗ Thanh Bình

BV ĐK Kiên Giang

Tóm tắt:

Mở đầu và mục tiêu: Viêm gan vi rút B là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến xơ gan, ung thư gan và là một vấn đề thách thức lớn về sức khỏe trên toàn cầu. Nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ mắc viêm gan vi rút B ở nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện vào 12/2023 - 01/2024, xét nghiệm HBsAg bằng phương pháp miễn dịch tự động máy Siemens Atellica IM 1300 Analyzer. **Kết quả:** 1449 nhân viên được đưa vào phân tích, tỉ lệ mắc viêm gan vi rút B là 8,1%, tỉ lệ mắc gia tăng theo nhóm tuổi từ 18-32 (6%), nhóm $\geq$

50 tuổi (10,4%). Tỉ lệ mắc cao nhất ở nhóm Dược sĩ là 12,8%, Bác sĩ 8,4%, điều dưỡng 7,4%, và kỹ thuật viên 4,5%. Khối phòng chức năng có tỉ lệ mắc cao nhất 9,2%, khối ngoại mắc thấp nhất 5,4%. Trong khối Phòng chức năng, phòng Quản lý chất lượng có tỉ lệ mắc cao nhất 25%. Khối Cận lâm sàng, khoa Nội soi có tỉ lệ mắc cao nhất 20%. Khối nội, khoa Nội tiết-Cơ xương khớp, khoa Lão có tỉ lệ mắc cao nhất 16,7%. Ở khối ngoại, khoa Ngoại thận-Tiết niệu có tỉ lệ mắc cao nhất 18,5%. **Kết luận:** Tỉ lệ mắc viêm gan vi rút B ở nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2023 là cao 8,1%.

Abstract:

Background and objectives: Hepatitis B is one of major causes of cirrhosis, liver cancer and a major global public health problem. Research to determine the prevalence of hepatitis B among healthcare workers of Kien Giang General Hospital in 2023. **Methods:** A cross-sectional study was conducted from December 2023 to January 2024, testing hepatitis B surface antigen by immune-assay Siemens Atellica IM 1300 Analyzer. **Results:** 1449 medical workers were included in the analysis, the prevalence of hepatitis B virus was 8.1%, the prevalence increased with the age group 18-32 years (6%), the group $\geq$ 50 years old (10.4%). The highest prevalence was in the group of pharmacists at 12.8%, doctors 8.4%, nurses

7.4%, and technicians 4.5%. The functional department block had the highest prevalence of 9.2%, the surgical department block had the lowest prevalence of 5.4%. In the functional department block, the quality management department had the highest prevalence of 25%. The Paraclinical department block, the Endoscopy department had the highest prevalence of 20%. The Internal medicine department block, the Endocrinology-Musculoskeletal department, the Geriatrics department had the highest prevalence of 16.7%. In the surgical department, the Nephrology-Urology department had the highest prevalence of 18.5%. **Conclusions:** The prevalence of hepatitis B virus among healthcare workers in 2023 was high at 8.1%.

**PHIÊN CHUYÊN ĐỀ 4:
GHÉP GAN, NGOẠI KHOA
GAN MẬT TỤY & DINH DƯỠNG**

*Special Topic Session 4:
Liver Tx, HBP Surgery & Nutrition*

Kết quả và kinh nghiệm ghép gan điều trị ACLF tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Outcome and Experience of Liver Tx for ACLF in MCH 108

PGS TS BS Lê Văn Thành

BV TWQĐ 108

Tóm tắt:

Suy gan cấp (*Acute Liver Failure – ALF*) và suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính (*Acute-on-Chronic Liver Failure – ACLF*) là hai hội chứng gan tiến triển nhanh, có thể dẫn đến tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Mặc dù nhiều bệnh nhân có thể hồi phục với điều trị nội khoa tích cực, ghép gan vẫn đóng vai trò then chốt ở nhóm bệnh nhân không đáp ứng điều trị hoặc có các yếu tố tiên lượng xấu. ALF là tình trạng suy giảm chức năng gan cấp tính ở bệnh nhân không có bệnh gan từ trước, trong khi ACLF xảy ra trên nền bệnh gan mạn/xơ gan với đặc trưng là tổn thương gan cấp tính, vàng da, rối loạn đông máu, cổ trướng và/hoặc bệnh não gan, thường có nguy cơ tử vong cao trong 28 ngày đầu. Việc chỉ định ghép gan trong ALF thường dựa trên các tiêu chuẩn kinh điển như **King's College** và **Clichy**, trong khi ACLF cần phân tầng nguy cơ bằng các

thang điểm như **AARC score**, **CLIF-C ACLFs**, **NACSELD** và **MELD**.

Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chúng tôi chẩn đoán ACLF dựa trên định nghĩa của **APASL** và phân tầng nguy cơ theo **AARC score** và **MELD Score**. Trong những năm gần đây, chương trình **ghép gan từ người hiến sống** đã được triển khai cho bệnh nhân ACLF với tiêu chí chọn lọc kỹ lưỡng, tập trung vào khả năng phục hồi tạng và kiểm soát nhiễm trùng. Kết quả bước đầu cho thấy **tỷ lệ sống còn sau 1 và 3 năm rất tích cực**, đặc biệt ở nhóm ACLF độ 1–2 nếu được ghép trong “thời điểm vàng”. Ghép gan từ người hiến sống được xem là một chiến lược hiệu quả và khả thi trong bối cảnh nguồn tạng hiến sau chết não còn hạn chế tại Việt Nam. Đối với bệnh nhân ALF, dù số ca ghép tại đơn vị còn khiêm tốn, nhưng kết quả điều trị cũng rất khả quan nếu được can thiệp đúng thời điểm và trên cơ sở đánh giá chỉ định chặt chẽ.

Abstract:

Acute Liver Failure (ALF) and Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF) are two rapidly progressive hepatic syndromes that can lead to death if not promptly diagnosed and managed. Although many patients may recover with intensive medical treatment, liver transplantation remains a key

intervention for patients who do not respond to medical therapy or present with poor prognostic factors. ALF is defined as acute liver dysfunction in patients without pre-existing liver disease, whereas ACLF occurs in the context of chronic liver disease or cirrhosis, characterized by acute hepatic insult, jaundice, coagulopathy, ascites,

and/or hepatic encephalopathy, often with a high risk of death within the first 28 days. Indications for liver transplantation in ALF are typically based on classical criteria such as the King's College and Clichy criteria, while ACLF requires risk stratification using scoring systems such as the AARC score, CLIF-C ACLFs, NACSELD, and MELD.

At 108 Military Central Hospital, we diagnose ACLF based on the APASL definition and stratify risk using the AARC score and MELD Score. In recent years, we

have implemented a living donor liver transplantation program for ACLF patients using rigorous selection criteria, focusing on organ recovery potential and infection control. Initial results show very promising 1-year and 3-year survival rates, especially in ACLF grades 1–2 when transplantation is performed during the “golden window.” Living donor liver transplantation is considered an effective and feasible strategy in the context of limited availability of deceased donor organs in Vietnam.

Tối ưu hóa chỉ định ghép gan ở bệnh nhân ACLF: Góc nhìn lâm sàng và bằng chứng hiện tại

Optimizing Liver Transplantation Indication in ACLF Patient: Clinical Perspective and Current Evidence

ThS BS Đới Ngọc Anh

BV B Nhiệt đới TW

Tóm tắt:

Tổng quan: Hội chứng suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn (ACLF – Acute-on-Chronic Liver Failure) là một tình trạng lâm sàng đặc biệt với tỷ lệ tử vong cao trong thời gian ngắn. Theo APASL (Hiệp hội Gan Mật Châu Á - Thái Bình Dương), ACLF được định nghĩa là tình trạng vàng da ≥ 5 mg/dL kèm theo bệnh não gan và/hoặc bàng bụng, xảy ra cấp tính trên nền gan mạn (không cần có xơ gan), thường do yếu tố khởi phát rõ ràng như nhiễm HBV cấp bùng phát, rượu hoặc nhiễm trùng. Theo Đồng thuận Kyoto 2025, ACLF được phân loại thành Type A (tổn thương gan cấp trên nền bệnh mạn chưa mất bù) và Type B (suy đa tạng trên nền xơ gan đã mất bù). Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào điểm số AARC (≥ 12 điểm) và CLIF-C ACLF (≥ 64 điểm), kết hợp MELD-Na ≥ 30 . "Cửa sổ vàng" (7-14 ngày sau chẩn đoán) là thời điểm tối ưu để ghép gan, giúp cải thiện tỷ lệ sống 1 năm từ 35% lên 75-82%.

Mục tiêu: Tổng hợp các bằng chứng hiện tại nhằm đề xuất chiến lược tối ưu hóa chỉ định ghép gan ở bệnh nhân ACLF, từ góc nhìn lâm sàng và các chỉ điểm tiên lượng.

Nội dung chính:

- So sánh định nghĩa ACLF theo EASL-CLIF (có xơ gan nền + ≥ 1 suy cơ quan) và APASL-AARC (không bắt buộc xơ gan).

- Phân tích vai trò của AARC score (bao gồm: INR, bilirubin, creatinine, lactate và bạch cầu) trong việc xác định thời điểm "vàng" để ghép gan, tránh can thiệp quá sớm hoặc quá muộn.

- So sánh các mô hình tiên lượng khác như MELD, CLIF-C ACLF, SOFA, và khả năng dự báo tử vong trong 28-90 ngày.

- Bằng chứng từ các nghiên cứu đa trung tâm tại châu Á cho thấy AARC có giá trị tiên lượng rõ rệt, đặc biệt trong phân tầng nguy cơ cao để đưa ra quyết định ghép.

- Thảo luận về các yếu tố ảnh hưởng chỉ định ghép: khả năng hồi phục cơ quan ngoài gan, nhiễm trùng, và các yếu tố xã hội.

Kết luận: Việc tối ưu hóa chỉ định ghép gan ở bệnh nhân ACLF đòi hỏi một cách tiếp cận dựa trên bằng chứng khoa học hiện tại và phù hợp với thực tiễn lâm sàng từng khu vực. Sự khác biệt trong định nghĩa ACLF giữa các hiệp hội (APASL, EASL-CLIF) cho thấy tính chất đa dạng của hội chứng này, đòi hỏi bác sĩ lâm sàng phải chọn lọc mô hình tiên lượng phù hợp như AARC score hoặc CLIF-C ACLF score để đánh giá mức độ nặng và khả năng sống còn.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy việc can thiệp ghép gan sớm trong “khoảng thời gian vàng” có thể cải thiện rõ rệt tỷ lệ sống còn ở nhóm bệnh nhân có tổn thương đa cơ quan nhưng còn khả năng phục hồi. ACLF cần ghép gan khẩn khi đạt tiêu chí AARC Grade II/III, CLIF-C ≥ 64 , hoặc MELD-Na

≥ 30 . Cần có một chiến lược chỉ định ghép gan dựa trên dữ liệu thực chứng, cá thể hóa theo từng bệnh nhân, phối hợp đa chuyên ngành, đồng thời cần thêm nhiều nghiên cứu đa trung tâm để thống nhất quy trình đánh giá, phân tầng nguy cơ và lựa chọn thời điểm ghép tối ưu nhất.

Abstract:

Overview: Acute-on-chronic liver failure (ACLF) is a unique clinical condition characterized by high short-term mortality. According to the APASL (Asian Pacific Association for the Study of the Liver), ACLF is defined as a clinical syndrome with jaundice ≥ 5 mg/dL accompanied by hepatic encephalopathy and/or ascites, occurring acutely on a background of chronic liver disease (without the necessity of cirrhosis), typically triggered by clear precipitating factors such as acute HBV reactivation, alcohol, or infections. According to the Kyoto Consensus 2025, ACLF is classified into Type A (acute liver injury on a background of compensated chronic liver disease) and Type B (multiorgan failure on a background of decompensated cirrhosis). Diagnostic criteria are based on the AARC score (≥ 12 points), CLIF-C ACLF score (≥ 64 points), and MELD-Na ≥ 30 . The "golden window" (7-14 days post-diagnosis) is the optimal time for liver transplantation, which significantly improves one-year survival rates from 35% to 75-82%.

Objective: To synthesize current evidence in order to propose strategies for optimizing liver transplantation indications in ACLF patients, from a clinical perspective and using prognostic markers.

Main Content:

- Comparison of ACLF definitions according to EASL-CLIF (with cirrhosis and ≥ 1 organ failure) and APASL-AARC (no cirrhosis required).
- Analysis of the role of the AARC score (including INR, bilirubin, creatinine, lactate, and white blood cells) in determining the "golden window" for liver transplantation, avoiding intervention either too early or too late.
- Comparison of other prognostic models such as MELD, CLIF-C ACLF, SOFA, and their ability to predict mortality within 28-90 days.
- Evidence from multicenter studies in Asia showing that the AARC score has clear prognostic value, especially in stratifying high-risk patients for transplantation decisions.
- Discussion of factors influencing transplantation indications: the potential for recovery of extrahepatic organs, infections, and social factors.

Conclusion: Optimizing liver transplantation indications in ACLF patients requires an evidence-based approach tailored to the current scientific data and clinical practice in each region. The differences in ACLF definitions across associations (APASL, EASL-CLIF) highlight

the diversity of this syndrome, requiring clinicians to select appropriate prognostic models such as the AARC score or CLIF-C ACLF score to assess severity and survival potential. Recent studies indicate that early transplantation within the "golden window" can significantly improve survival in patients with multiorgan failure but still with recovery potential. Liver transplantation should be urgently considered for patients

meeting AARC Grade II/III, CLIF-C ≥ 64 , or MELD-Na ≥ 30 criteria. A transplantation strategy based on real-world data, personalized to each patient, with multidisciplinary collaboration, is essential. Additionally, further multicenter studies are needed to standardize the evaluation process, risk stratification, and determine the optimal transplantation timing.

Tính khả thi về mặt kỹ thuật và kết quả điều trị của phẫu thuật nội soi cắt gan trong u mạch máu gan khổng lồ

Technical Feasibility and Outcomes of Laparoscopic Liver Resection for Giant Hepatic Hemangiomas.

Lê Trung Hiếu*, Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang**,
Trần Mạnh Thắng*****

**Trung tâm Ghép mô và bộ phận cơ thể người, Bệnh viện TWQĐ 108*

***Khoa Phẫu thuật Gan mật tụy, Viện Phẫu thuật Tiêu hoá, Bệnh viện TWQĐ 108*

****Viện Khoa học Sức khỏe, Đại học VinUni*

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: U mạch máu gan là loại khối u lành tính phổ biến nhất ở gan, nhưng u mạch gan khổng lồ (>10 cm) hiếm gặp, thường gây triệu chứng và cần can thiệp phẫu thuật. Mặc dù phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gan có nhiều thách thức kỹ thuật so với mổ mở, nhưng nó mang lại nhiều lợi ích đáng kể, bao gồm cải thiện kết quả bệnh nhân và phục hồi nhanh hơn sau mổ nhờ tính chất xâm lấn tối thiểu. Nghiên cứu này nhằm trình bày kinh nghiệm của trung tâm chúng tôi trong PTNS điều trị các trường hợp phức tạp này.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu phân tích 23 bệnh nhân được PTNS cắt gan do u mạch máu gan khổng lồ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 9/2015 đến tháng 12/2023. Dữ liệu lâm sàng và phẫu thuật được thu thập và phân tích.

Kết quả: Kích thước trung bình của khối u là $13,5 \pm 8,7$ cm. Chỉ định phẫu thuật bao

gồm đau bụng (86,9%) và khối u phát triển nhanh (13,1%). Phẫu thuật cắt u được thực hiện trong 43,7% trường hợp và cắt gan theo giải phẫu trong 56,3%. Mất máu trung bình là $202,86 \pm 211,21$ ml, với 8,6% bệnh nhân cần truyền máu. Thời gian phẫu thuật trung bình là $143,13 \pm 44,23$ phút. Biến chứng sau mổ xảy ra ở 8,6% trường hợp, bao gồm rò mật và chảy máu, điều trị nội khoa bảo tồn. Thời gian nằm viện trung bình là $8,53 \pm 1,76$ ngày.

Kết luận: PTNS cắt gan trong điều trị u mạch gan khổng lồ là phương pháp an toàn, hiệu quả nếu được thực hiện tại các trung tâm có kinh nghiệm. Kỹ thuật này giúp giảm xâm lấn, rút ngắn thời gian nằm viện và nâng cao chất lượng hồi phục sau mổ, là lựa chọn ưu tiên trong các trường hợp phù hợp.

Từ khóa: u mạch gan; phẫu thuật nội soi cắt gan; u mạch gan khổng lồ; phẫu thuật xâm lấn tối thiểu; phẫu thuật gan.

Abstract:

Introduction: Hepatic hemangiomas are the most common benign tumors of the liver. However, giant hemangiomas

(>10 cm) are relatively rare and frequently symptomatic, often requiring surgical intervention. Laparoscopic liver resection (LLR) poses technical challenges compared

to open surgery but offers significant advantages, including improved patient outcomes and faster postoperative recovery due to its minimally invasive nature. This study presents our center's experience in managing these complex cases with LLR.

Methods: *A retrospective analysis was conducted on 23 patients who underwent LLR for giant hepatic hemangiomas at 108 Military Central Hospital between September 2015 and December 2023. Clinical and intraoperative data were collected and analyzed.*

Results: *The mean tumor size was 13.5 ± 8.7 cm. Indications for surgery included abdominal pain (86.9%) and rapid tumor growth (13.1%). Enucleation was performed in 43.7% of cases and anatomical resection in 56.3%. The average blood loss was 202.86 ± 211.21 ml, with 8.6% of patients*

requiring blood transfusion. The mean operative time was 143.13 ± 44.23 minutes. Postoperative complications occurred in 8.6% of patients, including bile leakage and hemorrhage, which were managed conservatively. The mean hospital stay was 8.53 ± 1.76 days.

Conclusions: *Laparoscopic liver resection for giant hepatic hemangiomas is safe and effective when performed in experienced centers. This technique reduces surgical trauma, shortens hospital stay, and enhances postoperative recovery, making it a preferred treatment option for appropriate cases.*

Keywords: *hepatic hemangioma; laparoscopic liver resection; giant hemangioma; minimally invasive surgery; liver surgery.*

Giải phẫu và Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo tá tụy trong phẫu thuật Whipple nội soi

Anatomy and Surgery of Total Pancreato-Duodenal Mesenterectomy in Lap Whipple Operation

TS BS Đoàn Tiến Mỹ
BV Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Ung thư quanh bóng vater là bệnh gây tử vong thường gặp trong nhóm ung thư tiêu hóa gan mật, bệnh thường phát hiện ở giai đoạn muộn với tiên lượng sống thấp. Phẫu thuật cắt khối tá tụy là một phương pháp điều trị triệt để. Tuy nhiên, tái phát tại chỗ là phổ biến sau phẫu thuật, một trong những yếu tố chính gây tái phát tại chỗ là diện cắt R1 và trong hầu hết các trường hợp, vị trí thường gặp là phần diện cắt ở phần mô liên kết giữa động mạch mạc treo tràng trên và vùng từ đầu tụy đến mỏm móc, có chứa nhiều cấu trúc bạch huyết, thần kinh và mạch máu. Năm 2007, Gockel đã mô tả cấu trúc giải phẫu này, gọi là “mạc treo tụy” và đưa ra khái niệm “cắt bỏ toàn bộ mạc treo tụy” để giảm tái phát tại chỗ. Một yếu tố

quan trọng khác là sự tồn tại của hạch di căn ở vùng mô liên kết quanh động mạch mạc treo tràng trên, ngay cả ở bên trái của động mạch, điều này đã được ghi nhận trong nhiều báo cáo trên thế giới. Do đó, một khái niệm khác được đưa ra bởi Kawabata vào năm 2012, “mạc treo tá tụy” và phẫu thuật “cắt toàn bộ mạc treo tá tụy”. Nhìn chung, những quan điểm này còn khá mới lạ và có sự khác biệt, nhưng đều chung mục đích là giúp tăng tỉ lệ cắt triệt căn, cải thiện thời gian sống còn cho bệnh nhân ung thư quanh bóng vater. Bài viết này với mục tiêu mô tả giải phẫu mạc treo tá tụy và ứng dụng trong cắt toàn bộ mạc treo tá tụy trong phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư quanh bóng vater.

Từ khóa: Cắt khối tá tụy, mạc treo tá tụy, cắt toàn bộ mạc treo tá tụy

Abstract:

Periampullary cancer is a common and fatal malignancy within the gastrointestinal and hepatobiliary cancer group. It is often diagnosed at an advanced stage, resulting in a poor prognosis. Pancreaticoduodenectomy is a definitive surgical treatment. However, local recurrence is common after surgery. One of the main factors contributing to local recurrence is an R1 resection margin, most frequently located at the connective

tissue plane between the superior mesenteric artery and the region from the pancreatic head to the uncinate process, which contains numerous lymphatic, neural, and vascular structures. In 2007, Gockel described this anatomical structure as the “mesopancreas” and introduced the concept of “total mesopancreas excision” to reduce local recurrence rates. Another crucial factor is the presence of metastatic lymph nodes in the connective tissue surrounding the

superior mesenteric artery, even on its left side, which has been reported in multiple studies worldwide. Consequently, in 2013, Kawabata introduced another concept: the “meso-pancreaticoduodenum” and the procedure of “total meso-pancreaticoduodenum excision”. Although these concepts remain relatively novel and differ in approach, they share the common goal of increasing the radical resection rate and improving survival outcomes for patients

with periampullary cancer. This article aims to describe the anatomy of the meso-pancreaticoduodenum and its application in total meso-pancreaticoduodenum excision for the surgical treatment of periampullary cancer.

Keywords: hepatic hemangioma; laparoscopic liver resection; giant hemangioma; minimally invasive surgery; liver surgery.

Kinh nghiệm bước đầu triển khai kỹ thuật cắt khối tá tụy tại bệnh viện tuyến tỉnh

Initial Experience of Deployment for DPC Technique at Provincial Hospital

TS BS Sử Quốc Khởi
BV ĐK Kiên Giang

Tóm tắt:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị, biến chứng, tử vong, thời gian nằm viện và những khó khăn, thuận lợi khi triển khai kỹ thuật cắt khối tá tụy tại bệnh viện tuyến tỉnh.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 24 bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang giai đoạn 2018–2025. Dữ liệu thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, quá trình phẫu thuật, biến chứng và kết quả điều trị.

Kết quả: Tuổi trung bình: $61,3 \pm 8,8$ tuổi. Tỷ lệ nữ: 58,3%. BMI trung bình: $21,8 \pm 1,79$. Nồng độ albumin máu trung bình: $35,1 \pm 3,5$ g/dL. Nồng độ CA 19-9 trung bình: $420,3 \pm 254,0$ U/mL. Đường kính ống mật chủ trung bình: $18,3 \pm 5,2$ mm; ống tụy: $5,7 \pm 2,0$ mm. Chẩn đoán: u bóng Vater 12(50%)

ca, ung thư đầu tụy 9(37,5%) ca, viêm mạn vùng đầu tụy 01(4,2%) ca, chấn thương đầu tụy, tá tràng 01(4,2%) ca. Tổng tỷ lệ biến chứng sau mổ: 45,8%; trong đó rò tụy chiếm 5(20,8%) ca, chập tổng xuất dạ dày 3(12,5%) ca. Không có tử vong trong 30 ngày sau mổ, tử vong chung: 37,5%, với thời gian sống trung bình: $17,1 \pm 6,9(8-26)$ tháng. Thời gian mổ trung bình: $276,3 \pm 70,9$ phút. Thời gian nằm viện trung bình: $17,3 \pm 5,9$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật Whipple có thể được triển khai an toàn tại bệnh viện tuyến tỉnh nếu có quy trình chuẩn hóa và hỗ trợ chuyên môn phù hợp. Việc làm chủ kỹ thuật này tại địa phương góp phần nâng cao năng lực điều trị, giảm gánh nặng chuyển tuyến và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ y tế chất lượng cao cho người bệnh.

Abstract:

Objective: To evaluate the treatment outcomes, complication rates, mortality, length of hospital stay, and the challenges and advantages of implementing the pancreaticoduodenectomy (Whipple procedure) at a provincial-level general hospital.

Methods: This was a retrospective descriptive study conducted on 24 patients who underwent pancreaticoduodenectomy at Kien Giang Provincial General Hospital

from 2018 to 2025. Data were collected on clinical characteristics, laboratory and imaging findings, surgical procedures, postoperative complications, and treatment outcomes.

Results: Mean age: 61.3 ± 8.8 years; female patients accounted for 58.3%. Mean BMI: 21.8 ± 1.79 kg/m². Mean serum albumin level: 35.1 ± 3.5 g/dL. Mean CA 19-9 level: 420.3 ± 254.0 U/mL. Mean diameter of the common bile duct: 18.3 ± 5.2 mm; pancreatic duct: 5.7 ± 2.0 mm. Preoperative

diagnoses included: ampullary tumor (12 cases, 50%), pancreatic head cancer (9 cases, 37.5%), chronic inflammation of the pancreatic head (1 case, 4.2%), and pancreaticoduodenal trauma (1 case, 4.2%). Overall postoperative complication rate: 45.8%, including pancreatic fistula in 5 patients (20.8%) and delayed gastric emptying in 3 patients (12.5%). No 30-day postoperative deaths were recorded. Overall mortality rate: 37.5%. Mean overall survival time: 17.1 ± 6.9 months (range: 8–26 months). Mean operative time: 276.3 ± 70.9

minutes. Mean length of hospital stay: 17.3 ± 5.9 days.

Conclusion: *Pancreaticoduodenectomy (Whipple procedure) can be safely implemented at provincial general hospitals when standardized protocols and adequate professional support are in place. Mastering this complex surgical technique at the local level enhances the hospital's treatment capacity, reduces the burden of patient referrals to central hospitals and improves access to high-quality surgical care for patients in rural regions.*

Kỹ thuật cắt gan hạ phân thùy 5-7-8

Technique of Liver Resection for 5-7-8 Subsegments

PGS TS BS Nguyễn Quang Nghĩa & CS BV Việt Đức

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: 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.

Ca lâm sàng: Bệnh nhân nam, 53 tuổi, nhập viện với chẩn đoán HCC gan phải, kích thước 10x8cm thuộc hạ phân thùy 5,7,8 kèm theo xâm lấn tĩnh mạch gan phải. Chức năng gan child A, không có xơ gan, AFP 17ng/ml và PIVKA-II 56 mAU/L. Thể tích gan trái còn lại là 26.5% thể tích gan chuẩn. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt gan ba hạ phân thùy 5-7-8 sử dụng kỹ thuật treo gan cải tiến. 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. Thời gian phẫu thuật là 280 phút, mất máu 500ml. Hậu phẫu bệnh nhân diễn biến ổn định, không có suy gan sau mổ, ra viện 10 ngày sau mổ. Theo dõi tại thời điểm 3 tháng các chỉ số chức năng gan và marker ung thư trong giới hạn bình thường.

Kết luận: Cắt gan ba hạ phân thùy 5-7-8 kết hợp kỹ thuật treo gan 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.

Từ khóa: cắt gan ba hạ phân thùy, kỹ thuật treo gan (Hanging).

Abstract:

Background: Hepatocellular carcinoma (HCC) invading the right hepatic vein (RHV) presents surgical challenges, particularly when future liver remnant (FLR) preservation is essential. Trisegmentectomy of segments 5, 7, and 8 offers a parenchyma-sparing option in selected patients.

Case Presentation: A 53-year-old male presented with a 10 × 8.5 cm HCC in segments 5, 7, and 8 with RHV invasion. Liver function was preserved, without cirrhosis. Tumor markers were AFP 17 ng/mL and PIVKA-II 56 mAU/L. FLR was 26.5% (487 cm³) of a total liver volume of 1837 cm³. A trisegmentectomy 5-7-8 was performed using a modified hanging maneuver. The liver was transected in two

steps: first between the anterior and left liver; then between segment 7 and 6. Segment 7 landmarks and pedicle ligation guided resection. Modified hanging maneuver improved orientation of transection plan and deep access. Operative time was 280 minutes, blood loss 500 mL. Recovery was uneventful; the patient was discharged on POD 10 with preserved liver function. At three months, liver function tests, AFP and PIVKA-II normalized.

Conclusion: Trisegmentectomy 5-7-8 with a modified Hanging maneuver is a feasible, safe approach for large RHV-involved HCC, ensuring effective resection while preserving liver parenchyma.

Keywords: trisegmentectomy 5-7-8, modified Hanging maneuver.

Cập nhật can thiệp dinh dưỡng trong phẫu thuật Gan mật tụy

Update on Intervention of Nutrition for HBP Surgery

TS BS Lưu Ngân Tâm

BV Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Suy dinh dưỡng trước phẫu thuật lớn gan mật tụy chiếm trung bình 55%, trong đó tần suất cao nhất gặp ở bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật cắt khối tá tụy. Suy dinh dưỡng liên quan tăng nguy cơ sau phẫu thuật, như nhiễm trùng vết mổ, rò miệng nối và tăng ngày nằm viện. Đồng thời suy dinh dưỡng trở nên trầm trọng hơn sau các phẫu thuật lớn, đặc biệt Whipple. Điều này gây cản trở khả năng hồi phục và nguy cơ nằm viện kéo dài liên quan tăng biến chứng. Thực tế cho thấy việc nuôi dưỡng bệnh nhân vẫn có không ít tồn tại như e ngại cho ăn sớm sau phẫu thuật gan mật tụy phức tạp, người bệnh thu nạp năng lượng, đạm chưa đủ từ dinh dưỡng qua tiêu hoá và/ hoặc dinh dưỡng qua tĩnh mạch.

Abstract:

Preoperative malnutrition in major hepato-pancreato-biliary (HPB) surgeries occurs in approximately 55% of cases, with the highest prevalence found in patients scheduled for pancreaticoduodenectomy (Whipple procedure). Malnutrition is associated with increased postoperative risks such as surgical site infections, anastomotic leakage, and prolonged hospital stays. Moreover, malnutrition often worsens

Trong hơn 20 năm qua, chương trình Eras đã được giới thiệu và đang phát huy hiệu quả tại các bệnh viện áp dụng quy trình này. Trong đó can thiệp dinh dưỡng cho phẫu được tập trung và hướng dẫn cụ thể như điều trị suy dinh dưỡng cho bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng trước phẫu thuật, can thiệp dinh dưỡng sớm sau phẫu thuật cho bệnh nhân có nguy cơ cao suy dinh dưỡng và/ hoặc có suy dinh dưỡng. Cho ăn lại sớm sau phẫu thuật đã và đang được áp dụng ở nhiều bệnh viện cho bệnh nhân sau phẫu thuật gan mật tụy, giúp mau chóng hồi phục chức năng tiêu hoá, miễn dịch và góp phần cải thiện chất lượng điều trị. Bài báo cáo sẽ tập trung vào các cập nhật mới nhất về dinh dưỡng lâm sàng từ các khuyến nghị trên thế giới và đề cập tính khả thi trong lâm sàng.

following major surgeries, particularly after the Whipple procedure, which can hinder recovery and further increase complication-related hospitalization.

In clinical practice, nutritional management still faces challenges, such as hesitation to initiate early postoperative feeding in complex HPB surgeries, and inadequate energy and protein intake from enteral and/or parenteral nutrition.

Over the past 20 years, the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program has been introduced and effectively implemented in hospitals following this protocol. Perioperative nutritional intervention is a key component of ERAS, with clear guidance including the treatment of preoperative malnutrition and early postoperative nutritional support for patients at high risk of or suffering from malnutrition. Early postoperative feeding

has been increasingly adopted in many hospitals for HPB surgery patients, promoting faster recovery of digestive and immune functions and contributing to improved treatment outcomes.

This presentation will focus on the latest updates in clinical nutrition based on international recommendations and discuss the feasibility of applying these strategies in real-world clinical settings

**PHIÊN CHUYÊN ĐỀ 5:
NỘI SOI, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH &
CAN THIỆP ÍT XÂM LẤN**

*Special Topic Session 5:
Endoscopy, Imaging Diagnostic &
Less Invasive Intervention*

Đặc điểm hình ảnh giải phẫu hệ bạch huyết gan

Anatomy Imaging Characteristics of Hepatic Lymphatic System

TS BS Nguyễn Thái Bình

BV ĐH Y Hà Nội

Tóm tắt:

Hệ bạch huyết là một hệ thống chuyên biệt trong cơ thể, đảm nhận vai trò quan trọng trong duy trì sự cân bằng của dịch kẽ, hấp thu chất béo và đáp ứng miễn dịch. Gan là một tạng chứa nhiều bạch huyết, tuy nhiên sự hiểu biết về cấu trúc giải phẫu bạch huyết gan còn ít được đề cập đến so với phần còn lại của hệ bạch huyết. Nhiều bệnh lý của gan có liên quan đến hệ bạch huyết như xơ gan, gan nhiễm mỡ, rò bạch huyết sau mổ... Các

phương tiện chẩn đoán hình ảnh ngày nay đã phần nào bộc lộ được hệ bạch huyết nói chung và hệ bạch huyết gan nói riêng, từ đó mở ra các cơ hội điều trị một số bệnh lý cho người bệnh mà trước đây còn gặp nhiều khó khăn. Do đó nghiên cứu này trình bày về một số hiểu biết hiện tại về giải phẫu hình ảnh hệ bạch huyết gan từ đó giúp ích cho việc điều trị.

Từ khoá: Hệ bạch huyết gan, giải phẫu, chẩn đoán hình ảnh.

Abstract:

The lymphatic system is a specialized structure in the human body, playing a crucial role in maintaining interstitial fluid balance, fat absorption, and immune response. The liver is a lymph-rich organ; however, the anatomical structure of the hepatic lymphatic system has received relatively little attention compared to other parts of the lymphatic system. Several hepatic pathologies are associated with the lymphatic system, including cirrhosis, fatty liver disease, and postoperative lymphatic

leakage... Modern imaging modalities have enabled better visualization of the lymphatic system in general, and the hepatic lymphatic system in particular, thus opening up new therapeutic opportunities for conditions that were previously difficult to manage. This study presents current knowledge on the anatomical imaging of the hepatic lymphatic system, contributing to improved clinical management and treatment strategies.

Keywords: Hepatic lymphatic system, anatomy, radiology.

Vai trò nội soi trong bệnh lý gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa

The Role of Endoscopy in Liver Disease and Portal Hypertension

TS BS Hồ Đăng Quý Dũng

BV Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Các bệnh lý gan như xơ gan, gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH) và ung thư gan (HCC) thường đi kèm với tăng áp lực tĩnh mạch cửa và các biến chứng tăng áp tĩnh mạch cửa phức tạp. Bên cạnh nội soi truyền thống trong xử trí xuất huyết tiêu hóa, nội soi siêu âm (EUS) đang nổi lên như một công cụ mới trong tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh gan.

Mục tiêu: Trình bày các ứng dụng mới và vai trò ngày càng mở rộng của EUS trong chẩn đoán, đánh giá và can thiệp các bệnh lý gan và biến chứng do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Nội dung báo cáo: Nội soi truyền thống vẫn đóng vai trò thiết yếu trong sàng lọc và xử trí giãn tĩnh mạch thực quản dạ dày do tăng áp cửa. Tuy nhiên, EUS mở rộng khả năng chẩn đoán và can thiệp các bệnh lý nhu mô gan và xử trí biến chứng do tăng áp cửa.

Các ứng dụng nổi bật của EUS gồm:

- **Sinh thiết gan qua EUS (EUS-LB):** đặc biệt hữu ích trong đánh giá bệnh gan lan tỏa như NASH, nhất là ở bệnh nhân béo phì. EUS-LB cho phép lấy mẫu từ cả hai thùy gan dưới hướng

dẫn Doppler, giảm thiểu biến chứng và nâng cao độ chính xác chẩn đoán.

- **Đo chênh áp lực tĩnh gan qua EUS (HVPG):** giúp đánh giá trực tiếp mức độ chênh áp lực giữa tĩnh mạch gan và tĩnh mạch cửa mà không cần can thiệp qua đường tĩnh mạch cảnh.
- **EUS hướng dẫn đặt coil và tiêm keo** trong giãn tĩnh mạch phình vị: cho phép điều trị chính xác các giãn tĩnh mạch nguy cơ cao (GOV2, IGV1), giảm tái xuất huyết.
- **Đốt khối u gan bằng sóng cao tần qua EUS (EUS-RFA):** hiệu quả trong xử trí các khối u gan tiên phát hoặc thứ phát, đặc biệt khi tiếp cận qua da bị hạn chế.
- Ngoài ra, EUS còn hỗ trợ đánh giá huyết khối tĩnh mạch cửa, dẫn lưu đường mật trong u ác tính, và xử trí biến chứng sau ghép gan.

Kết luận: EUS đang mở ra chiến lược mới tiếp cận bệnh gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tích hợp chẩn đoán hình ảnh, sinh thiết, đo áp lực tĩnh mạch gan và can thiệp ít xâm lấn trong cùng một phiên nội soi. Ứng dụng ngày càng rõ rệt trong NASH và bệnh lý xơ gan cho thấy vai trò ngày càng mở rộng của nội soi trong bệnh lý gan.

Abstract:

Background: Liver diseases such as cirrhosis, nonalcoholic steatohepatitis (NASH), and hepatocellular carcinoma (HCC) are often associated with portal hypertension and complex hepatovascular complications. While conventional endoscopy is central in managing variceal bleeding, endoscopic ultrasound (EUS) has evolved into a versatile tool that integrates imaging, diagnostics, and therapy in hepatology.

Objectives: To review the evolving role of endoscopy - particularly EUS - in the diagnosis, staging, and treatment of liver diseases and portal hypertension-related complications.

Content: Conventional endoscopy remains crucial in screening and managing esophageal and gastric varices. However, EUS offers enhanced visualization and access to deep vascular and hepatic structures, enabling a range of advanced interventions:

- *EUS-guided liver biopsy (EUS-LB):* increasingly used in the evaluation of diffuse liver diseases such as NASH, especially in obese patients or those undergoing concurrent EGD or colonoscopy. EUS-LB allows bilateral sampling with real-time Doppler,

reducing complications and improving diagnostic yield.

- *EUS-guided measurement of portal pressure gradient (PPG) measurement:* provides minimally invasive quantification of portal hypertension severity, potentially replacing transjugular hepatic venous pressure gradient (HVPG) measurement.
- *EUS-guided coil and glue injection in gastric varices:* allows targeted obliteration of GOV2/IGV1 varices with improved safety and efficacy.
- *EUS-guided radiofrequency ablation (RFA):* enables precise, localized treatment of liver tumors (HCC or metastases), especially when percutaneous approaches are limited.
- *EUS also supports the diagnosis of portal vein thrombosis, guidance for biliary drainage in cholangiocarcinoma, and evaluation of post-transplant biliary complications.*

Conclusion: EUS is revolutionizing the management of liver disease and portal hypertension by combining high-resolution imaging, targeted sampling, pressure assessment, and therapy in a single session. Its growing role in NASH diagnosis and treatment monitoring highlights its value in the era of personalized hepatology.

Kết quả bước đầu ứng dụng chụp cắt lớp vi tính đánh giá mỡ nội tạng và chụp cộng hưởng từ định lượng mỡ trong gan ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ tại Việt Nam

Initial Outcome of Application CT for Evaluation of Visceral Fat in Patient with Fatty Liver Disease in Vietnam

PGS TS BS Đào Việt Hằng
BV ĐH Y Hà Nội

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Gan nhiễm mỡ là bệnh gan mạn tính phổ biến và ngày càng gia tăng về tỷ lệ mắc trên toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Tuy nhiên việc đánh giá mức độ gan nhiễm mỡ bằng các thang điểm lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh còn nhiều hạn chế. Hiện các nghiên cứu trên thế giới cho thấy chụp CHT định lượng mỡ là phương pháp có độ nhạy tương đối cao, dữ liệu về chụp CLVT đánh giá mỡ nội tạng và mối liên quan với các thông số lâm sàng và cận lâm sàng còn ít. Nghiên cứu này nhằm mô tả bước đầu ứng dụng các kỹ thuật chụp CLVT đánh giá mỡ nội tạng và chụp CHT định lượng mỡ gan trên nhóm bệnh nhân gan nhiễm mỡ.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 92 bệnh nhân có chỉ định chụp CLVT hoặc CHT định lượng mỡ gan tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long từ tháng 04/2024 đến hết tháng 04/2025. Bệnh nhân trong nghiên cứu được xác định là gan nhiễm mỡ khi được chẩn đoán gan nhiễm mỡ thông qua ít nhất một trong ba phương pháp siêu âm, CLVT và/hoặc CHT. Các dữ liệu về nhân trắc học (tuổi, giới, BMI), xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh (siêu âm ổ bụng, đo độ xơ

hóa gan, CLVT, CHT) được thu thập trong nghiên cứu này. Thông tin từ chụp CLVT bao gồm tổng diện tích gan nhiễm mỡ, mỡ nội tạng (VAT), mỡ dưới da (SAT), tỷ lệ VAT/SAT. Kết quả CHT cung cấp chỉ số mỡ gan fat fraction (FF) và tỷ lệ mỡ trong gan FP. Hồi quy đơn biến, kiểm định khi bình phương được thực hiện nhằm đánh giá mối liên quan giữa BMI, men gan, mức độ nhiễm mỡ trên siêu âm và độ gan nhiễm mỡ trên CLVT và CHT.

Kết quả: Tổng 92 bệnh nhân được đưa vào phân tích có tuổi trung bình là $43,3 \pm 16,3$ tuổi, tỷ lệ nam giới chiếm 78,3%, có 46,9% người bị rối loạn mỡ máu, tỷ lệ thừa cân và béo phì lần lượt là 20,0% và 62,5% (theo tiêu chuẩn BMI Châu Á). Có 44 bệnh nhân được chụp CLVT đánh giá mỡ nội tạng, trong đó có 77,5% người bị béo phì nội tạng ($VAT > 100 \text{ cm}^2$); tổng diện tích gan nhiễm mỡ trung bình là $345,1 \pm 86,7 \text{ cm}^2$; trung bình SAT là $211,2 \pm 89,7 \text{ cm}^2$. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa định lượng mỡ trên CLVT với BMI và men gan AST. Trung bình tổng diện tích gan nhiễm mỡ ở bệnh nhân có BMI béo phì độ I và độ II cao hơn so với nhóm bệnh nhân có BMI bình thường. Diện tích mỡ nội tạng (VAT) cao hơn ở nhóm có AST tăng ($\beta = 255,2$;

95% CI: 11,56 – 498,89; $p= 0,04$). Không có mối liên quan giữa định lượng mỡ gan trên CLVT với mức độ gan nhiễm mỡ trên siêu âm.

Có 71 bệnh nhân được chụp CHT định lượng mỡ gan, trung bình mức độ gan nhiễm mỡ (FF) là $16,9\% \pm 11,3$. Tỷ lệ bệnh nhân được xác định gan nhiễm mỡ độ 1 trên CHT là 74,7%; độ 2 là 14,1%, không có bệnh nhân nào nhiễm mỡ độ 3. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa độ nhiễm mỡ gan trên CHT và BMI. Tuy nhiên có mối liên quan với men gan ALT, mức độ mỡ gan FF cao hơn đáng kể ở nhóm ALT tăng so với nhóm đối chứng ($\beta= 6,43$; 95% CI: 0,03 – 12,82; $p= 0,05$).

Abstract:

Background: Fatty liver disease is a common chronic liver condition with a rising incidence globally and in Vietnam. Current clinical scoring systems and imaging modalities for assessing hepatic steatosis have limitations. Quantitative MRI has shown relatively high sensitivity in detecting liver fat, while data on CT-based visceral fat assessment and its correlation with clinical parameters remain limited. This study aims to initially evaluate the application of CT for assessing visceral fat and quantitative MRI for fat evaluation in patients with fatty liver disease.

Methods: This retrospective cross-sectional study involved 92 patients indicated for liver fat quantification CT or MRI at Hoang Long Clinic between April 2024 and April 2025. Fatty liver disease was diagnosed using at least one of the following: ultrasound, CT, or MRI.

Có mối liên quan giữa mức độ gan nhiễm mỡ trên CHT và độ nhiễm mỡ gan trên siêu âm ($p= 0,021$).

Kết luận: Có 32,8% bệnh nhân tăng lượng mỡ nội tạng trên chụp CLVT và 65,6% bệnh nhân tăng độ gan nhiễm mỡ gan trên chụp CHT ở nhóm bệnh nhân gan nhiễm mỡ trên siêu âm. Có mối liên quan giữa lượng mỡ nội tạng trên chụp CLVT với BMI và men gan, tuy nhiên không có mối liên quan với độ nhiễm mỡ trên siêu âm. 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, song không có mối liên quan với BMI.

Data collected included demographic characteristics (age, sex, BMI), laboratory results, and diagnostic imaging findings (abdominal ultrasound, liver elastography, CT, MRI). CT parameters included total liver fat area, visceral adipose tissue (VAT), subcutaneous adipose tissue (SAT), and VAT/SAT ratio. MRI provided liver fat fraction (FF) and fat percentage (FP). Univariate regression and chi-square tests were used to assess correlations between BMI, hepatic enzymes, steatosis grading, and liver fat measured by CT and MRI.

Results: The cohort had a mean age of 43.3 ± 16.3 years, with 78.3% male. Dyslipidemia was observed in 46.9%; overweight and obesity were found in 20.0% and 62.5%, respectively (according to the criteria for Asian populations). Of 44 patients undergoing CT, 77.5% had visceral obesity ($VAT > 100 \text{ cm}^2$); mean liver fat area was $345.1 \pm 86.7 \text{ cm}^2$, SAT averaged

$211.2 \pm 89.7 \text{ cm}^2$. CT-based liver fat positively correlated significantly with BMI and AST levels. There were significant correlations between CT-measured fat and BMI and AST liver enzyme levels. Patients with obesity grades I and II had higher fatty liver area than those with normal BMI. VAT was significantly higher in patients with elevated AST ($\beta = 255.2$; 95% CI: 11.56–498.89; $p = 0.04$). No correlation was found between CT-based fat quantification and ultrasound grading. 71 patients underwent MRI for liver fat quantification; the mean FF was $16.9\% \pm 11.3$. The prevalence of hepatic steatosis grade 1, 2, 3 based on MRI were 74.7%, 14.1% and 0%, respectively.

No correlation was found between MRI fat grade and BMI. However, FF was significantly higher in patients with elevated ALT ($\beta = 6.43$; 95% CI: 0.03–12.82; $p = 0.05$). MRI-based grading correlated with ultrasound findings ($p = 0.021$).

Conclusion: Among patients diagnosed with fatty liver by ultrasound, 32.8% showed an increase in visceral fat on CT, and 65.6% had increased liver fat on MRI. Visceral fat on CT was correlated with BMI and liver enzymes, but not with ultrasound fat grade. MRI liver fat correlated with liver enzymes and ultrasound fat grade, but not with BMI.

Siêu âm can thiệp dẫn lưu áp xe gan bằng Sonde Pigtail qua da

Interventional Ultrasound for Percutaneous Drainage of Hepatic Abscess by Sonde Pigtail under Guiding of Ultrasound

ThS BS Lữ Hoàng Phi

BV ĐKTNV Cần Thơ

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Siêu âm can thiệp dẫn lưu áp xe gan bằng sonde pigtail qua da dưới hướng dẫn của siêu âm được xem là kỹ thuật tiên bộ mang lại nhiều ưu điểm trong điều trị áp xe gan tránh phải chọc hút bằng kim nhỏ thực hiện nhiều lần.

Đối tượng và thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca có can thiệp. Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe gan trong khoảng thời gian từ 1/2020 đến 1/2025 có kích thước ổ mủ >5cm, chưa vỡ, hoặc những khối áp xe gan <5cm chọc hút bằng kim nhỏ tái phát nhiều lần.

Kết quả: Trong thời gian 5 năm, chúng tôi thực hiện điều trị áp xe gan bằng dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn siêu âm bằng sonde pigtail cho 220 ca với tỉ lệ nam/nữ: 2/1, độ tuổi trung bình 52,7 tuổi. Tam chứng Charcot trên lâm sàng chỉ có tỉ lệ 32%. Bệnh

nhân có 1 ổ áp xe chiếm tỉ lệ 95,6%, kích thước trung bình của ổ áp xe gan $8,34 \pm 2,63$ (5-17 cm). Tỉ lệ dẫn lưu 1 lần chiếm 98,64%, trong khi chỉ có 1,36% trường hợp cần dẫn lưu lần 2. Mức độ thành công về kỹ thuật đạt 100%. Lượng mủ dẫn lưu được trung bình $237,73 \pm 251$ ml (nhiều nhất 1500ml, ít nhất 30ml), số ngày lưu sonde pigtail trung bình $8,02 \pm 3,22$ ngày. Có 3 ca (1,36 %) biến chứng đáng lưu ý trong nghiên cứu bao gồm: 1 bệnh nhân xuất huyết nội do rối loạn đông máu/sốc nhiễm trùng, 1 bệnh nhân rò mật sau dẫn lưu, 1 bệnh nhân tử vong do sốc nhiễm trùng nặng và suy hô hấp do nhiễm COVID-19.

Kết luận: Siêu âm dẫn lưu áp xe gan bằng sonde pigtail qua da là một thủ thuật an toàn, hiệu quả trong điều trị áp xe gan.

Từ khóa: Áp xe gan, dẫn lưu áp xe gan qua da, sonde pigtail.

Abstract:

Background: Percutaneous ultrasound-guided pigtail catheter drainage of liver abscess is considered an advanced technique that offers many advantages in the treatment of liver abscess.

Patients and methods: Prospective descriptive study design of interventional case series. Patients who were diagnosed

with liver abscess between 1/2020 and 1/2025 had abscess size >5cm, not ruptured, or liver abscesses size <5cm with repeated small needle aspiration.

Results: During 5 years, we performed percutaneous drainage of liver abscesses under ultrasound guidance using pigtail catheter for 220 cases with male/female ratio: 2/1, average age 52.7 years. The

Charcot's triad occurs in only 32% of cases. Patients with single abscess accounted for 95.6%, the average size of the liver abscess was 8.34 ± 2.63 (5-17 cm). The rate of one-time drainage accounted for 98.64%, while only 1.36% of cases required a second drainage. Technical success rate is 100%. The average amount of pus drained was 237.73 ± 251 ml (maximum 1500 ml, minimum 30 ml), the average number of days the pigtail catheter was left in place was 8.02 ± 3.22 days. There were 3 cases (1,36%) of notable complications in the

study including: 1 patient with internal bleeding due to coagulation disorder/septic shock, 1 patient with bile leak after drainage, 1 patient died due to severe septic shock and respiratory failure due to COVID-19 infection.

Conclusion: *Percutaneous ultrasound drainage of liver abscess with pigtail catheter is a safe and effective procedure in the treatment of liver abscess.*

Keywords: *liver abscess, percutaneous liver abscess drainage, the pigtail catheter.*

Điều trị u gan bằng phương pháp đốt nhiệt và không nhiệt

Treatment of Liver Tumor by Thermal Ablation and Non-Thermal Ablation

TS BS Nguyễn Thái Bình

BV ĐH Y Hà Nội

Tóm tắt:

Ung thư gan là nhóm bệnh lý khá đa dạng và phức tạp, được đề cập nhiều đến trong các nghiên cứu trên thế giới. Các hướng dẫn trong điều trị của các hiệp hội có nhiều điểm chung nhưng cũng có nhiều điểm khác biệt. Vai trò của các phương pháp can thiệp điện quang ngày càng được khẳng định, trong đó có các phương pháp điều trị triệt căn như đốt sóng cao tần, đốt vi sóng, áp lạnh... hay phối hợp đa mô thức để mang lại kết quả điều trị tốt nhất cho người bệnh. Tại Việt

Nam, các phương pháp đốt nhiệt đã tương đối phổ cập nhưng còn nhiều sự chưa thống nhất giữa các trung tâm. Bên cạnh đó các phương pháp không nhiệt như điện di, siêu âm hội tụ... còn chưa được phổ biến. Do đó cần sự hiểu biết về các ưu điểm, nhược điểm của các phương pháp này để áp dụng hợp lý trong thực tiễn và xu hướng phát triển trong tương lai gần.

Từ khoá: Ung thư gan, đốt sóng cao tần, đốt vi sóng, điện di.

Abstract:

Liver cancer comprises a heterogeneous and complex spectrum of malignancies that have been extensively investigated in the medical literature. Although treatment guidelines issued by various international associations share several common principles, significant differences still exist. Interventional radiology has become an increasingly recognized modality in the management of liver tumors, particularly with curative techniques such as radiofrequency ablation (RFA), microwave ablation (MWA), cryoablation, as well as in combination with other treatment modalities to optimize clinical outcomes. In Vietnam, thermal ablation techniques have become

relatively well established; however, there remains a lack of standardization across medical centers. In contrast, non-thermal techniques such as irreversible electroporation (IRE) and high-intensity focused ultrasound (HIFU) are not yet widely adopted. Therefore, comprehensive understanding of the indications, advantages, and limitations of each technique is essential for appropriate clinical application and for guiding future advancements in treatment strategies.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, radiofrequency ablation, microwave ablation, electroporation, interventional oncology.

Vai trò chẩn đoán hình ảnh trong phẫu thuật cắt gan

The Role of Imaging Diagnostic in Hepatectomy

PGS TS BS Nguyễn Quang Nghĩa & CS BV Việt Đức

Tóm tắt:

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò rất quan trọng trong quá trình điều trị bệnh nhân gan mật, bao gồm đánh giá trước mổ, hỗ trợ định hướng trong mổ cũng như theo dõi sau mổ và theo dõi tái phát về xa. Ở giai đoạn trước mổ, CT đa dãy và MRI giúp đánh giá chi tiết giải phẫu gan, phát hiện các biến đổi giải phẫu, định khu vị trí khối u gan để xác định khả năng phẫu thuật. Đánh giá thể tích gan còn lại sau mổ (FLR) bằng chụp CT đa dãy và đo thể tích gan là bước quan trọng trước mổ để tiên lượng và tránh nguy cơ suy gan sau mổ. Siêu âm trong mổ (IOUS) giúp tăng độ chính xác trong định vị khối u và nhận diện cấu trúc mạch máu xung quanh,

đặc biệt trong các trường hợp u ở vị trí phức tạp. Sau mổ, hình ảnh học hỗ trợ đánh giá tính triệt căn của phẫu thuật, phát hiện sớm các biến chứng như rò mật hoặc huyết khối, đồng thời theo dõi tái phát lâu dài. Các kỹ thuật hình ảnh học mới, đặc biệt là MRI có tiêm thuốc tương phản đặc hiệu tế bào gan như gadolinium (ví dụ: Primovist), giúp tăng độ nhạy trong phát hiện sớm tái phát, từ đó cho phép có biện pháp can thiệp kịp thời và phù hợp. Do đó, chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò không thể thiếu, giúp đảm bảo an toàn và hiệu quả cho phẫu thuật cắt gan.

Từ khóa: chẩn đoán hình ảnh, MRI primovist, cắt gan.

Abstract:

Imaging plays a critical role in the management of hepatobiliary patients, covering preoperative evaluation, intraoperative guidance, and postoperative as well as long-term surveillance. In the preoperative phase, CT-scan and MRI provide detailed assessment of liver anatomy, detect anatomical variations, and localize hepatic tumors to determine surgical resectability. Evaluation of the future liver remnant (FLR) using CT volumetry is essential to predict postoperative liver function and reduce the risk of liver failure. Intraoperatively, intraoperative ultrasound (IOUS) enhances the precision of tumor localization

and identification of adjacent vascular structures, particularly in tumors located in complex regions. Postoperatively, imaging contributes to the assessment of surgical radicality, early detection of complications such as bile leakage or thrombosis, and long-term monitoring for recurrence. Novel imaging techniques, especially hepatocyte-specific contrast-enhanced MRI with agents such as gadolinium (e.g., Primovist), have improved the sensitivity of early recurrence detection, allowing timely and appropriate management. Therefore, imaging is indispensable in ensuring both safety and efficacy in liver resection surgery.

Keywords: imaging, MRI Primovist, liver surgery.

Vai trò của cộng hưởng từ định lượng đa thông số trong bệnh gan mạn tính

The Role of MRI with Multiparameter Quantification in Chronic Liver Disease

BSCK2 Nguyễn Văn Quế
BV ĐH Y Hà Nội

Tóm tắt:

Bối cảnh: Bệnh gan mạn tính là bệnh phổ biến do nhiều căn nguyên khác nhau. Chẩn đoán và theo dõi hiện nay vẫn dựa chủ yếu vào sinh thiết gan, nhưng xâm lấn, nguy cơ tai biến cao. Cộng hưởng từ (CHT) định lượng đa tham số là kỹ thuật không xâm lấn đang được ứng dụng để đánh giá toàn diện tổn thương gan.

Mục tiêu: Đánh giá giá trị chẩn đoán và ứng dụng lâm sàng của các kỹ thuật CHT định lượng đa tham số: tỷ lệ đậm độ proton mỡ (Proton Density Fat Fraction – PDFF), lập bản đồ $T2^*/R2^*$, lập bản đồ T1 và CHT đàn hồi trong chẩn đoán và theo dõi bệnh gan mạn.

Kết quả: PDFF định lượng chính xác mức độ mỡ gan; bản đồ $T2^*/R2^*$ đo lường lắng đọng sắt nhu mô gan; bản đồ T1 và CHT đàn hồi đánh giá xơ hóa gan. Các thông số này có hiệu năng chẩn đoán cao, độ lặp lại tốt và tương đồng đáng kể với kết quả mô bệnh học.

Kết luận: Các kỹ thuật CHT định lượng trên rất giá trị và bổ trợ cho nhau trong đánh giá bệnh gan mạn. Mỗi kỹ thuật phản ánh một khía cạnh bệnh lý; kết hợp các phương pháp giúp tạo nên bức tranh “sinh thiết ảo” toàn diện về tình trạng gan. Cách tiếp cận tích hợp này nâng cao độ chính xác chẩn đoán, cho phép theo dõi diễn tiến bệnh và giảm nhu cầu sinh thiết, qua đó cải thiện hiệu quả quản lý điều trị.

Abstract:

Background: Chronic liver disease is a prevalent condition with various underlying etiologies. Diagnosis and monitoring of chronic liver disease currently rely primarily on liver biopsy, which is invasive and carries a high risk of complications. Multiparametric quantitative magnetic resonance imaging (MRI) is a noninvasive technique being applied to provide a comprehensive assessment of liver pathology.

Objective: To evaluate the diagnostic value and clinical utility of multiparametric quantitative MRI techniques—including proton density fat fraction (PDFF), $T2^*/R2^*$ mapping, T1 mapping, and MR elastography—in the diagnosis and monitoring of chronic liver disease.

Results: Proton density fat fraction (PDFF) accurately quantifies the degree of hepatic steatosis; $T2^*/R2^*$ mapping measures hepatic parenchymal iron deposition; and T1 mapping and MR

elastography assess hepatic fibrosis. These parameters demonstrate high diagnostic performance, good reproducibility, and significant concordance with histopathological findings.

Conclusion: *The aforementioned quantitative MRI techniques are highly valuable and complementary in the evaluation of chronic liver disease. Each*

technique reflects a different pathological aspect of liver disease, and combining these methods provides a comprehensive “virtual biopsy” of the liver. This integrated approach improves diagnostic accuracy, facilitates monitoring of disease progression, and reduces the need for biopsy, thereby improving patient management.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu khám tại Phòng khám 360 Lê Hoàn Thanh Hoá

Clinical and Paraclinic Characteristic of NAFLD Patients at 360 Le Hoan Clinic Thanh Hoa

BSCK2 Nguyễn Đức Hạnh
PK 360 Lê Hoàn Thanh Hóa

Tóm tắt:

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân (BN) gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD). **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp mô tả cắt ngang, trên 144 BN NAFLD khám tại Phòng khám đa khoa 360 Lê Hoàn - Thanh Hóa, thời gian từ tháng 8-2023 đến tháng 2-2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình $46,19 \pm 10,97$, từ 20 đến 69 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ 1,7. BMI trung bình $27,4 \pm 2,1$. Tỷ lệ BN BMI mức thừa cân chiếm 82,6% và 16% mức béo phì loại 1. Gan nhiễm mỡ độ S2 52,8%. Tỷ lệ BN tăng các men GGT, AST, ALT lần lượt là: 70,83%, 55,56% và 56,25%, Có 93,75% BN tăng Triglycerid với giá trị trung bình là $3,8$

$\pm 1,0$ mmol/L, 90,97% BN tăng Cholesterol toàn phần, trung bình là $5,9 \pm 0,5$ mmol/L, tăng LDL-C chiếm 70,83%, trung bình là $3,7 \pm 0,7$ mmol/L và 30,56% tăng Glucose máu với mức tăng trung bình là $7,04 \pm 2,07$ mmol/L. Các yếu tố liên quan chặt chẽ với gan nhiễm mỡ bao gồm: BMI cao, tăng men ALT, tăng Triglycerid, LDL-C và Glucose máu cao. **Kết luận:** NAFLD thường gặp ở người thừa cân, béo phì không biểu hiện triệu chứng đặc hiệu, nhưng cận lâm sàng cho thấy tình trạng rối loạn chuyển hóa. Các yếu tố: BMI cao, tăng men ALT, tăng Triglycerid, LDL-C và Glucose máu cao có liên quan chặt chẽ với gan nhiễm mỡ.

Từ khóa: Gan nhiễm mỡ không do rượu, NAFLD.

Abstract:

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics in patients with non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD). **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive method, on 144 NAFLD patients examined at 360 Le Hoan Clinic - Thanh Hoa, from August 2023 to February 2025. **Results:** Average age 46.19 ± 10.97 , from 20 to 69 years old. Male/female ratio 1.7. Average BMI 27.4 ± 2.1 . The rate of

overweight BMI patients was 82.6% and 16% were obese type 1. Fatty liver grade S2 was 52.8%. The proportion of patients with increased GGT, AST, ALT enzymes was: 70.83%, 55.56% and 56.25% respectively. 93.75% of patients had increased Triglyceride with an average value of 3.8 ± 1.0 mmol/L, 90.97% of patients had increased Total Cholesterol, an average of 5.9 ± 0.5 mmol/L, increased LDL-C accounted for 70.83%, an average of $3.7 \pm$

0.7 mmol/L and 30.56% had increased blood Glucose with an average increase of 7.04 ± 2.07 mmol/L. Factors closely related to fatty liver include: high BMI, increased ALT enzymes, increased Triglyceride, LDL-C and blood Glucose. **Conclusion:** NAFLD is common in overweight and obese people

without specific symptoms, but paraclinical studies show metabolic disorders. Factors: high BMI, increased ALT, increased Triglyceride, LDL-C and high blood Glucose are closely related to fatty liver.

Keywords: Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD.

Kết quả bước đầu điều trị sỏi đường mật qua nội soi ống mềm bằng phương pháp tán sỏi Laser

Initial Result of Laser Lithotripsy via Flexible Endoscopy

BSCK2 Huỳnh Dương Hữu Hạnh

BV ĐKTNV Cần Thơ

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Sỏi đường mật có tỉ lệ khoảng 6,1% trong dân số thế giới, tỉ lệ này cao hơn ở Nam giới, đặc biệt ở vùng Bắc Mỹ và Châu Á. Sỏi đường mật trong và ngoài gan tại Việt Nam là bệnh lý thường gặp, việc ứng dụng tán sỏi qua đường hầm Kehr là một phương pháp can thiệp ít xâm lấn, hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật trong gan và ngoài gan còn sót sau mổ. Việc ứng dụng hệ thống laser hiện đại giúp nâng cao hiệu quả điều trị. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm và kết quả điều trị sỏi đường mật bằng nội soi ống mềm và tán sỏi laser qua đường hầm Kehr's tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 02/2025 đến 04/2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh gồm 25 bệnh nhân với 43 lượt tán sỏi qua đường hầm Kehr's tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần

Thơ. **Kết quả:** 25 bệnh nhân với tuổi trung bình là 64%, trong đó nữ giới chiếm 68%. Vị trí sỏi đường mật trong gan chiếm 60%, sỏi ống mật chủ và sỏi 2 nhánh gan là 20%, sỏi ống mật chủ và sỏi nhánh gan (phải hoặc trái) là 12%, sỏi ống mật chủ đơn thuần là 8%. Tỷ lệ lấy sạch sỏi là 88%, tỷ lệ sạch sỏi ngay lần tán đầu tiên đạt 52%, tổng tỷ lệ lấy sạch sau 1-2 lần tán đạt 92%. Có 4% trường hợp phải tán sỏi đến 3- 4 lần trong cùng đợt điều trị do sỏi sắc tố to, vị trí khó. Thời gian thực hiện trung bình là 66,5 phút, không ghi nhận biến chứng nặng. **Kết luận:** Phương pháp tán sỏi đường mật bằng laser qua ống soi mềm qua đường hầm Kehr cho thấy hiệu quả cao, tỷ lệ sạch sỏi cao sau 1-2 lần can thiệp và ít biến chứng. Đây là lựa chọn an toàn, ít xâm lấn trong điều trị sỏi sỏi sau phẫu thuật.

Từ khóa: Sỏi đường mật, tán sỏi bằng laser, ống soi mềm, đường hầm Kehr.

Abstract:

Background: Cholelithiasis affects approximately 6.1% of the global population, with a higher prevalence in males, particularly in North America and Asia. Intrahepatic and extrahepatic bile duct stones are common in Vietnam. Laser lithotripsy through the Kehr -tunnel is a

minimally invasive, effective approach for managing residual biliary stones postoperatively. The use of modern laser systems has further improved treatment outcomes. **Objective:** To evaluate the characteristics and outcomes of biliary stone treatment using flexible cholangioscopy and laser lithotripsy

through Kehr-tunnel at Can Tho Central General Hospital from 02/2025 - 04/2025.

Methods: *A descriptive case series of 25 patients undergoing 43 lithotripsy sessions via the Kehr-tunnel at the General Surgery Department. Results:* The mean age was 64 years, with 68% female patients. Intrahepatic stones accounted for 60%, common bile duct (CBD) stones with bilateral intrahepatic involvement for 20%, CBD with right or left intrahepatic duct stones for 12%, and isolated CBD stones for 8%. Complete stone clearance was achieved in 88% of patients, with 52% cleared in the

first session and 92% within one to two sessions. Four percent required up to four sessions due to large pigment stones in difficult locations. The average procedure time was 66.5 minutes, with no major complications reported. Conclusion: Laser lithotripsy via flexible endoscopy through the Kehr-tunnel is a safe, minimally invasive, and effective method for managing residual biliary stones, showing a high success rate and low complication rate.

Keywords: *cholelithiasis, laser lithotripsy, flexible endoscopy, Kehr-tunnel.*

PHIÊN CHUYÊN ĐỀ 6:
HỒI SỨC & TỔNG HỢP GAN MẬT TỤY
Special Topic Session 6:
ICU & HBP General

Cập nhật các biện pháp lọc máu điều trị suy gan cấp trước ghép

Update on Blood Filtration Methods for Treatment of Acute Liver Failure before Transplantation

PGS TS BS Đỗ Ngọc Sơn

BV Bạch Mai

Tóm tắt:

Suy gan cấp (ALF) là một bệnh lý có tỉ lệ tử vong thường lớn hơn 80% khi chưa có ghép gan. Nguyên nhân tử vong thường gặp nhất là suy đa tạng, chảy máu, nhiễm trùng và phù não. Các biện pháp Hồi sức có vai trò quan trọng giúp hỗ trợ gan và là chìa khóa cho sự sống còn của bệnh nhân trong thời gian chờ gan bệnh nhân hồi phục. Trong trường hợp gan bệnh nhân không có khả năng hồi phục thì Ghép gan là biện

pháp điều trị triệt để duy nhất; tuy nhiên để sẵn sàng ghép gan thì luôn cần các biện pháp lọc máu hỗ trợ gan, có vai trò là cầu nối chờ đợi ghép gan. Ngày càng có nhiều biện pháp lọc máu giúp hỗ trợ chức năng gan. Tại Việt Nam đang áp dụng các biện pháp lọc máu phi sinh học như: PEX; MARS; DPMAS... Mỗi biện pháp có ưu điểm và vai trò riêng; việc phối hợp các biện pháp lọc giúp cải thiện tỉ lệ sống và giảm thời gian nằm viện.

Abstract:

Acute liver failure (ALF) is common disease, especially in intensive care units, with a mortality rate often greater than 80% without a liver transplant. The most common causes of death are multiple organ failure, bleeding, infection and hepatic encephalopathy. Resuscitation treatments are very important role in supporting the liver and are key to the patient's survival while waiting for the patient's liver to recover. In cases where the patient's liver is

unable to recover, liver transplantation is the only definitive treatment; however, to be ready for liver transplantation, liver support dialysis is always needed, acting as a bridge waiting for liver transplantation. There are more and more dialysis methods to support liver function. In Vietnam, non-biological blood filtration methods are being applied such as: PEX; MARS; DPMAS... Each method has its own advantages and roles; combining dialysis methods helps improve survival rates and reduce hospitalizes.

Giá trị của NGAL huyết tương, nước tiểu trong chẩn đoán sớm tổn thương thận cấp ở bệnh nhân viêm tụy cấp

The Role of NGAL in Plassma & Urine for Early Diagnosis of Acute Renal Injury in Patient with Pancreatitis

TS BS Lê Hữu Như
BV QY 354

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: NGAL huyết tương và nước tiểu có vai trò trong tiên lượng tổn thương thận cấp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang 219 bệnh nhân viêm tụy cấp, trong đó có 51 bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp và 35 người thường khỏe mạnh làm nhóm chứng khỏe mạnh, từ 12/2021 đến tháng 9/2023.

Kết quả: Nồng độ NGAL huyết tương, nước tiểu của nhóm viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp cao hơn nhóm không có tổn thương thận cấp và đều lớn hơn nhóm chứng khỏe mạnh, sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê ($p < 0,01$). Nồng độ của NGAL huyết tương, nước tiểu tại thời điểm T0 tăng dần theo các giai đoạn tổn thương thận cấp. Nồng độ NGAL huyết tương và nước tiểu ít có giá trị trong tiên lượng tổn thương thận cấp và tiên lượng viêm tụy cấp nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp ($AUC < 0,7$). Nồng độ NGAL huyết tương có giá trị tiên lượng bệnh nhân phải lọc máu liên tục ở mức khá ($AUC = 0,72$; $p < 0,05$)

Kết luận: NGAL huyết tương và nước tiểu có giá trị trong tiên lượng xuất hiện tổn thương thận cấp, mức độ nặng của viêm tụy cấp và điều trị thay thế thận ở bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp.

Abstract:

The paper showed about the role of NGAL in plassma and urine for early diagnosis of acute renal injury in patient with pancreatitis trough 219 patients with acute pancreatitis from Dec 2021 to Sep 2023.

Our results indicated the NGAL in plasma and urine had validity for prognosis of appearance acute renal injuries, several level of acute pancreatitis and renal replacement treatment in patients with acute pancreatitis.

Triển khai kỹ thuật DPMAS trong điều trị suy gan cấp – Chúng ta cần chú ý gì ?

Implementation of DPMAS for Treatment of Acute Liver Failure – What we need attention?

ThS BS Vương Xuân Toàn

Tóm tắt:

Suy gan cấp (ALF) là một bệnh lý có tỉ lệ tử vong thường lớn hơn 80% khi chưa có ghép gan. Nguyên nhân tử vong thường gặp nhất là suy đa tạng, chảy máu, nhiễm trùng và phù não. Các biện pháp Hồi sức có vai trò quan trọng giúp hỗ trợ gan và là chìa khóa cho sự sống còn của bệnh nhân trong thời gian chờ gan bệnh nhân hồi phục. Trong trường hợp gan bệnh nhân không có khả năng hồi phục thì Ghép gan là biện pháp điều trị triệt để duy nhất; tuy nhiên để sẵn sàng ghép gan thì luôn cần các biện

pháp lọc máu hỗ trợ gan, có vai trò là cầu nối chờ đợi ghép gan. Ngày càng có nhiều biện pháp lọc máu giúp hỗ trợ chức năng gan. Biện pháp Lọc huyết tương hấp phụ phân tử kép (DPMAS) là biện pháp trong đó huyết tương bệnh nhân sau khi được tách ra sẽ đi qua hệ thống gồm hai quả lọc hấp phụ HA 330 – II và BS 330 có vai trò hấp phụ các chất chuyển hóa bilirubin; muối mật; cytokins. Đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy hiệu quả của biện pháp này trong cải thiện chức năng gan, làm tăng tỉ lệ sống cho bệnh nhân.

Abstract:

Acute liver failure (ALF) is common disease, especially in intensive care units, with a mortality rate often greater than 80% without a liver transplant. The most common causes of death are multiple organ failure, bleeding, infection and hepatic encephalopathy. Resuscitation treatments are very important role in supporting the liver and are key to the patient's survival while waiting for the patient's liver to recover. In cases where the patient's liver is unable to recover, liver transplantation is the

only radical treatment. There are a growing number of Adsorption dialysis techniques to support the liver function. Double plasma molecular adsorption system (DPMAS) is a method in which the patient's plasma, after being separated, will pass through a system consisting of two adsorbent filters HA 330 - II and BS 330 that serve as adsorbents metabolites such as Bilirubin; total bile salts; cytokins.... There have been many research showing the effectiveness of this measure in improving liver function, increasing patient survival rates.

Bệnh Wilson cập nhật từ APASL 2025

Wilson Disease - Update from APASL 2025

PGS TS BS Vũ Văn Khiên

Hội KH Tiêu hóa VN

Tóm tắt:

Tần suất mắc bệnh Wilson chiếm khoảng 1/300.000 người trên toàn thế giới và riêng ở Mỹ tỷ lệ mắc bệnh Wilson dự kiến khoảng 8.300-11.000 người, do vậy bệnh Wilson được coi là một bệnh hiếm gặp. Sinh lý bệnh và biểu hiện lâm sàng của bệnh Wilson là do sự thay đổi cân bằng hàm lượng đồng trong máu. Dựa theo cơ chế bệnh sinh, hàm lượng đồng tích tụ trong các cơ quan khác nhau, nên cũng có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau. Do vậy, bệnh Wilson được coi như là một bệnh toàn thân. Bệnh có thể biểu hiện bằng có triệu chứng và không có triệu chứng. Bệnh nhân mắc Wilson không có triệu chứng thường được phát hiện tình cờ khi khám sàng lọc các thành viên trong gia

đình. Các biểu hiện bất thường thông qua tăng Aspartate aminotransferase và alanine aminotransferase. Những bệnh nhân mắc bệnh Wilson có triệu chứng lâm sàng biểu hiện bằng các dấu hiệu không điển hình như mệt mỏi và chán ăn, sau đó vàng da... Các dấu hiệu cấp tính của bệnh bao gồm tăng đột ngột men gan, dấu hiệu tăng áp tĩnh mạch cửa (TMC) không giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) hoặc chảy máu tiêu hóa (CMTH) giãn vỡ TMTQ, gan to, xơ gan còn bù và cuối cùng là mất bù. Có khoảng 3-5% bệnh nhân Wilson có biểu hiện suy gan cấp. Tất cả các bệnh nhân khi được xác định là bệnh Wilson cần phải điều trị suốt đời...

Từ khóa: Bệnh Wilson, tĩnh mạch cửa, chảy máu tiêu hóa.

Abstract:

The most frequently reported prevalence of Wilson disease (WD) is ~1 in 30,000 people worldwide, with an expected number of 8300–11,000 cases in the United States; thus it is classified as a rare disease. The pathophysiology and clinical manifestations of WD are attributed to alterations in copper homeostasis. In concordance with the pathogenesis of WD, copper accumulates in different organs and causes a wide range of signs and symptoms

As a result, WD can be considered a systemic disease. WD can present as asymptomatic or symptomatic. Patients with asymptomatic WD are typically diagnosed serendipitously during the screening of family members; findings include elevated aspartate aminotransferase and alanine aminotransferase. Patients with symptomatic hepatic disease can present with an insidious onset of vague symptoms, including fatigue and lack of appetite, followed by jaundice.

Additional findings include acute hepatitis with sharp elevation in liver enzymes, portal hypertension with or without bleeding varices, incidental evidence of hepatomegaly, and ultimately, compensated and decompensated cirrhosis. Approximately 1–5% of patients

with WD present with acute liver failure (ALF). All patients with a newly established diagnosis of WD should be initiated on lifelong medical therapy for WD

Key-words: *Wilson disease, portal hypertension, bleeding varices.*

Béo phì và rối loạn chuyển hóa trong bệnh gan mạn

Obesity and Metabolic Dysfunction in Chronic Liver Disease

PGS TS BS Võ Duy Thông

BV ĐHYD Tp HCM

Tóm tắt:

Sự gia tăng nhanh chóng của béo phì và các rối loạn chuyển hoá đã và đang làm thay đổi căn bản mô hình bệnh lý gan mạn trên toàn cầu. Béo phì – đặc biệt là béo bụng – cùng với kháng insulin, tăng triglyceride, đái tháo đường type 2 và hội chứng chuyển hoá không chỉ đóng vai trò nguy cơ, mà còn là yếu tố bệnh sinh trung tâm trong tổn thương gan tiến triển không do virus. Trên nền tảng đó, khái niệm bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hoá (MAFLD) đã được đề xuất thay cho NAFLD, nhằm phản ánh chính xác hơn cơ chế bệnh sinh, mở rộng đối tượng chẩn đoán, và định hướng lại chiến lược điều trị. MAFLD hiện được xem như một phổ bệnh liên tục – khởi phát từ gan nhiễm mỡ đơn thuần, chuyển sang viêm gan do chuyển hoá (MASH), xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Đáng chú ý, tiến trình này có thể xảy ra độc lập với các yếu tố truyền thống như rượu hay virus. Trong các nghiên cứu dịch tễ gần đây, MAFLD được xác định là nguyên nhân phổ biến nhất gây tăng men gan mạn tính, xơ gan và chỉ định ghép gan tại nhiều quốc gia phát triển. Ngoài ra, béo phì và hội chứng chuyển hoá cũng làm gia tăng nguy cơ tiến triển xơ hoá gan ở những bệnh nhân có sẵn viêm gan B, C hoặc bệnh gan do rượu, thông qua tương tác cộng hưởng làm nặng hơn tình trạng viêm – xơ hoá. Tiếp cận

chẩn đoán MAFLD hiện nay chủ yếu dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng có bằng chứng gan nhiễm mỡ kết hợp với ít nhất một trong các rối loạn chuyển hoá. Việc đánh giá mức độ xơ hoá gan là yếu tố tiên quyết để quyết định chiến lược điều trị và tiên lượng, với sự hỗ trợ ngày càng hiệu quả của các công cụ không xâm lấn như FIB-4, NFS, điểm GAAD, chỉ số ELF, hoặc đàn hồi đo bằng FibroScan. Các hướng dẫn gần đây cũng nhấn mạnh vai trò tầm soát định kỳ tổn thương gan ở các nhóm nguy cơ cao, bao gồm bệnh nhân đái tháo đường type 2, béo phì, và hội chứng chuyển hoá – ngay cả khi không có triệu chứng lâm sàng rõ rệt. Chiến lược điều trị MAFLD phải đặt trọng tâm vào kiểm soát các yếu tố chuyển hoá nền tảng. Giảm cân bền vững – thông qua can thiệp dinh dưỡng, vận động, và/hoặc thuốc hỗ trợ chuyển hoá – đã chứng minh hiệu quả trong cải thiện tình trạng viêm và giảm mức độ xơ hoá. Các thuốc mới như GLP-1 receptor agonists, pioglitazone, và một số phân tử đang thử nghiệm (resmetirom, lanifibranor) cũng mở ra hy vọng trong quản lý bệnh ở giai đoạn hoạt động. Đặc biệt, việc phối hợp điều trị đa chuyên khoa giữa bác sĩ tiêu hoá, nội tiết, tim mạch, dinh dưỡng và bác sĩ gia đình là cần thiết để kiểm soát toàn diện bệnh lý này, đặc biệt trong bối cảnh dân số già hóa và tỷ lệ thừa cân tăng nhanh ở khu vực châu Á - Thái Bình Dương.

Abstract:

The global surge in obesity and metabolic disorders has profoundly reshaped the landscape of chronic liver disease. Visceral obesity, insulin resistance, hypertriglyceridemia, type 2 diabetes mellitus, and metabolic syndrome are not merely risk factors—they now represent core pathogenic mechanisms driving progressive liver injury. In recognition of this paradigm shift, the term metabolic dysfunction-associated fatty liver disease (MAFLD) has been proposed to replace NAFLD, emphasizing the metabolic roots of liver pathology and aligning diagnostic and therapeutic strategies with current evidence. MAFLD encompasses a broad spectrum, ranging from simple steatosis to metabolic steatohepatitis (MASH), fibrosis, cirrhosis, and hepatocellular carcinoma (HCC). Unlike NAFLD, MAFLD allows for coexisting etiologies such as alcohol use or viral hepatitis, provided metabolic dysfunction is present. MAFLD is now considered the most common cause of elevated liver enzymes, chronic liver disease, and liver transplantation in developed countries. Furthermore, obesity and metabolic dysfunction exacerbate fibrogenesis in patients with chronic hepatitis B, C, or alcohol-related liver disease, acting synergistically to accelerate progression to

cirrhosis. Diagnosis of MAFLD is based on evidence of hepatic steatosis (via imaging or histology) in conjunction with metabolic risk factors. Accurate fibrosis staging is essential for prognosis and treatment planning, and non-invasive tools such as FIB-4, NAFLD Fibrosis Score (NFS), GAAD score, ELF test, and transient elastography (VCTE) are increasingly integrated into clinical practice. Recent guidelines advocate routine screening for MAFLD-related liver injury in high-risk populations, particularly patients with type 2 diabetes and obesity—even in the absence of overt hepatic symptoms. Management strategies for MAFLD focus on addressing underlying metabolic drivers. Sustained weight loss through lifestyle modification, physical activity, and pharmacologic support has demonstrated histologic benefits in reducing steatosis, inflammation, and fibrosis. Emerging therapies targeting metabolic and inflammatory pathways—such as GLP-1 receptor agonists, pioglitazone, resmetirom, and pan-PPAR agonists—are under active investigation. A multidisciplinary care model involving hepatologists, endocrinologists, cardiologists, and dietitians is essential to holistically manage this complex and multisystemic disease, particularly in the aging and increasingly overweight populations of the Asia-Pacific region.

Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu điều trị viêm tụy mạn – Tính khả thi và kết quả

Minimally Invasive Surgery for Chronic Pancreatitis – Feasibility and Outcomes

**Đặng Như Thành, Nguyễn Thanh Xuân,
Đặng Ngọc Hùng, Hồ Văn Linh, Trần An Phong**
Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Viêm tụy mạn đặc trưng bởi tình trạng viêm tụy kéo dài. Một số tác giả đã báo cáo phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị viêm tụy mạn. Gần đây, sự kết hợp giữa phẫu thuật nội soi và tán sỏi bằng laser có hướng dẫn nội soi ống tụy đã cho thấy triển vọng trong việc điều trị sỏi ống tụy.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu bao gồm 20 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy mạn và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: 20 bệnh nhân (18 nam và 2 nữ) bị viêm tụy mạn và được phẫu thuật nội soi (9 phẫu thuật Frey cải tiến, 11 phẫu thuật

Partington Rochelle). Độ tuổi trung bình là 45 tuổi. Chỉ số khối cơ thể trung bình là 16,3 kg/m². Nội soi tụy +/- tán sỏi bằng laser được thực hiện ở 6/20 bệnh nhân. Thời gian phẫu thuật trung bình là 251 phút. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 7,5 (5-12) ngày. Không ghi nhận trường hợp phải phẫu thuật lại hoặc tử vong. Thời gian theo dõi trung vị là 16 tháng. Tất cả bệnh nhân đều giảm đau đáng kể và trở lại các hoạt động bình thường.

Kết luận: Phương pháp kết hợp nội soi ống tụy và phẫu thuật nội soi là phương pháp an toàn, khả thi và hiệu quả để điều trị viêm tụy mạn tính.

Từ khóa: viêm tụy mạn, phẫu thuật nội soi, soi ống tụy.

Abstract:

Background: Chronic pancreatitis (CP) is characterized by longstanding inflammation of the pancreas. Several authors have reported minimally invasive treatment of CP. Recently, the combination of laparoscopic surgery and endoscopic-guided laser lithotripsy has shown promise in managing pancreatic ductal calculi.

Methods: This is a case series of 20 patients diagnosed with CP and treated

using the laparoscopic surgery at Hue Central Hospital, Vietnam.

Results: Twenty patients (18 males and 2 female) with CP and operated on using laparoscopic surgery (9 modified Frey's procedure, 11 Partington Rochelle procedure). The median age was 45 years old. The mean of Body Mass Index was 16.3 kg/m². Pancreatoscopy +/- laser lithotripsy was performed in 6/20 patients. The mean operative time was 251 mins. The median

postoperative hospital stay was 7.5 (5-12) days. No reoperation or mortality was recorded. The median follow-up was 16 months. All patients experienced significant pain relief and returned to normal activities.

Conclusions: *The combined laparoscopic and endoscopic approach is a safe, feasible, and effective method for managing chronic pancreatitis.*

Keywords: *Chronic pancreatitis, Laparoscopic surgery, Pancreatoscopy.*

Kết quả sớm điều trị sỏi ống mật chủ bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP)

Early Result of ERCP for Treatment of Common Bile Duct Stone

BSCK2 Nguyễn Duy Đông
BV ĐK Đồng Tháp

Tóm tắt:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị sỏi ống mật chủ (OMC) bằng nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) tại Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) Đồng Tháp năm 2020 và BVĐK thành phố Cần Thơ năm 2023 – 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 61 bệnh nhân sỏi OMC điều trị bằng NSMTND tại BVĐK Đồng Tháp từ tháng 5/2020 đến tháng 12/2020 và BVĐK thành phố Cần Thơ từ tháng 05/2023 đến tháng 04/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $65,84 \pm 15,50$ tuổi. Nhóm tuổi lớn hơn 60 chiếm 60,7%. Nữ giới chiếm tỉ lệ 60,66%. Đau hạ

sườn phải gặp ở tất cả các bệnh nhân (100%). Biến chứng thường gặp nhất của sỏi là viêm tụy cấp với tỉ lệ 11,47%. Thời gian làm thủ thuật trung bình là $51,49 \pm 20,56$ phút. Tỉ lệ lấy sạch sỏi là 90,16%. Có 6 trường hợp lấy không hết sỏi, chiếm 9,84%. Các chỉ số viêm, tắc mật và tổn thương gan cải thiện có ý nghĩa sau NSMTND. Tỉ lệ tai biến chảy máu là 1,64%. Tỉ lệ biến chứng viêm tụy cấp sau NSMTND là 4,92%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $4,13 \pm 2,23$ ngày. **Kết luận:** Điều trị sỏi OMC bằng NSMTND là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỷ lệ thành công và sạch sỏi cao, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp.

Abstract:

Objectives: To evaluate the early results of treatment of common bile duct (CBD) stones by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). **Materials and method:** A prospective, clinical interventional study on 61 patients with CBD stones treated by ERCP at Dong Thap General Hospital (GH) from May 2020 to December 2020 and Can Tho GH from May 2023 to April 2024. **Results:** The average age was 65.84 ± 15.50 years. Age group > 60 accounted for 60.7%. Females accounted for 60.66%. Right upper quadrant pain occurred in all patients (100%). The most common complication of CBD stones was acute pancreatitis

(11.47%). The mean operating time was 51.49 ± 20.56 minutes. The rate of stone clearance was 90.16%. There were 6 cases where all stones could not be removed, accounted for 9.84%. Inflammatory markers, biliary obstruction, and liver injury all significantly improved after ERCP. Bleeding occurred in 1.64% of patients. The rate of complication of acute pancreatitis after ERCP was 4.92%. The average postoperative hospital stay was 4.13 ± 2.23 days. **Conclusion:** Treatment of common bile duct stones by endoscopic retrograde cholangiopancreatography is a safe and effective method with high success and stone clearance rates, and low rates of complications.

Kết quả phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính

Outcome of Lap Surgery combined with Cholangioscopy in Treatment of Common Bile Duct Stone

BS Lê Trí Định
BV ĐK Kiên Giang

Tóm tắt:

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, không nhóm chứng trên 103 bệnh nhân sỏi đường mật chính được phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ tại Bệnh viện Đa Khoa Kiên Giang từ năm 2014 đến năm 2018. Thời gian theo dõi trung bình: $19,9 \pm 10,4$ (6 - 51) tháng.

Abstract:

Objectives: To evaluate outcome of laparoscopic surgery combined with cholangioscopy in treatment of common bile duct stone at Kien Giang General Hospital.

Materials and Methods: A prospective, descriptive, and uncontrolled study was conducted on 103 patients with choledocholithiasis treated by laparoscopic surgery combined with intra-operative choledochoscopy from 2014 to 2018 at Kien Giang General Hospital. The mean follow-up period was 19.9 ± 10.4 (6 - 51) months.

Results: The mean age was 56.2 ± 14.9 years. The female/male ratio = 2/1. The rate of stone clearance was 83%. The ratio of intraoperative complications was 3.9%, and

Kết quả: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $56,2 \pm 14,9$; tỷ lệ nữ/nam = 2/1. Tỷ lệ sạch sỏi 83%. Tỷ lệ tai biến trong mổ 3,9%, biến chứng sau mổ 3,9%. Thời gian mổ trung bình là $139,3 \pm 50,0$ (55-275) phút. Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công là 97,1%. Phân loại kết quả sau phẫu thuật: Kết quả tốt chiếm 81%, không có bệnh nhân tử vong hoặc biến chứng nặng phải mổ lại.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính là một phương pháp an toàn và hiệu quả với tỷ lệ thành công và sạch sỏi cao, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp.

postoperative complications were 3.9%. The mean operating time was 139.3 ± 50.0 (55-275) minutes. The successful rate of laparoscopic surgery was 97.1%. Postoperative outcome classification showed that 81% had good results and no deaths or severe complications requiring re-operation.

Conclusion: Laparoscopic surgery combined with cholangioscopy in treatment of common bile duct stone is a safe and effective method with high rate of success and stone clearance, low-rate accidents and complications.

Keywords: Choledocholithiasis, laparoscopic surgery, intra-operative choledochoscopy.



Ra mắt Phía Nam
Ban chấp hành Hội Gan
mật Việt Nam tại BV
ĐHYD Tp HCM 12/2018

Đi bộ gây Quỹ ủng hộ
Viêm gan và Ghép gan tại
Tp Hưng Yên 7/2019



Hội nghị Gan mật
Toàn quốc 15 tại Tp HCM
11/2019

Hội nghị Gan mật
Toàn quốc 16 tại BVQY 354
tháng 12/2021



Tặng quà 2 Giáo sư
Thái Lan và Singapore
tại Hội nghị Gan mật tuy
Việt Nam 5/2022 ở Hà Nội



GS TS Lê Trung Hải - Chủ tịch
Hội đồng và nhiều chuyên gia
Gan mật tuy tham gia
Chăm Luận án Tiến sỹ
về Sỏi mật tại Trường Đại học
Y Dược Cần Thơ 6/2022

Tặng quà cho 2 bệnh nhân
ghép gan trong
Hội thảo Gan mật tuy
ĐBSCL tại Vĩnh Long
11/2022



Hội thảo Quốc tế Ghép gan
tại BV TƯQĐ 108
tháng 3/2023



Các đại biểu Lãnh đạo
tại Hội thảo Viêm gan Thế giới
7/2023 ở BV Bệnh Nhiệt đới
Trung ương

CME với ca mổ cắt gan
ở BV HNĐK Nghệ An
tại Hội nghị Gan mật tụy
Việt Nam 9/2023



Vinh danh Trí thức
Tiêu biểu và tặng quà cho
Giáo sư Quốc tế
tại Hội nghị Gan mật
Toàn quốc 17 ở Học viện
Quân y tháng 12/2023

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



Mít tinh và Toạ đàm Kỷ niệm Ngày Viêm gan Thế giới tại Học viện YDH Cổ truyền VN 7/2020



Hội thảo Trực tuyến Kỷ niệm Ngày Viêm gan Thế giới tại Bệnh viện QY 354 Hà Nội 7/2021

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



Hội nghị Gan mật tụy Hàn Quốc ở Busan 3/2023 GS TS Lê Trung Hải được mời làm Chủ toạ Phiên “Gan mật tụy Châu Á” và Phát biểu đại diện tại Tiệc Tối các Trưởng đoàn của 40 nước tham dự



Hội nghị Ghép tạng châu Á tại Seoul Hàn Quốc 11/2023 GS TS Lê Trung Hải được mời làm Chủ tọa Phiên “Ghép tạng Việt Nam” và Phát biểu chào mừng Tiệc Tối Hội nghị có 34 nước tham dự

Hội nghị Phẫu thuật Gan mật tụy Thái Lan tại Bangkok 2/2024 - GS TS Lê Trung Hải được mời báo cáo về “Ghép gan ở Việt Nam - Thành tựu và thách thức” chụp cùng Chủ tịch Hội các nước ASEAN



Hội nghị Ung thư châu Á ở Tây An, Trung Quốc 11/2024 GS TS Lê Trung Hải được mời báo cáo về “Tiến bộ trong Phòng trị Ung thư gan ở Việt Nam” và được Bổ nhiệm làm Giảng viên thỉnh giảng của Hội Ung thư Trung Quốc

Hội nghị Ghép tạng Thế giới tại Singapore 5/2025 - GS TS Lê Trung Hải được mời làm Chủ tọa Phiên “Hội thảo Ghép gan Đông Nam Á” và chụp cùng các báo cáo viên của các nước ASEAN

