



Original Article

Laparoscopic Fenestration of Symptomatic Hepatic Cysts: A Clinical Case Series

Tran Que Son^{1,2,*}, Mai Van Vuong¹, Tran Thu Huong²,
Nguyen Chi Trung¹, Nong Ngoc Quang¹

¹VNU University of Medicine and Pharmacy, 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

²VNU Hospital of University of Medicine and Pharmacy – Linh Dam,
189 Linh Duong, Hoang Mai, Hanoi, Vietnam

Received 14th May 2026

Revised 11th June 2026; Accepted 19th August 2026

Abstract: Background: Hepatic cysts of significant volume present technical challenges regarding surgical exposure and postoperative recovery. This study evaluates the clinical characteristics and outcomes of laparoscopic deroofing. Methods: A descriptive case series was conducted on six patients with giant simple hepatic cysts. Data regarding clinical presentations, imaging, intraoperative maneuvers, and postoperative recovery trajectories were analyzed. Results: The cohort comprised 6 patients (4 females, 2 males) aged 48–71 years. Cysts were predominantly located in the posterosuperior segments (S7, S8) in 66.7% of cases. All cysts exceeded 70 mm in maximal diameter (range: 73–108 mm), with 33.3% exhibiting turbid fluid. Preoperative liver function remained stable (mean AST/ALT: 24.3/22.1 U/L; total bilirubin: 8.5 μ mol/L). Laparoscopic deroofing with Ligasure was successfully performed in 100% of cases. For one patient (16.7%), a 90-degree left lateral decubitus position was utilized to optimize exposure of deep-seated lesions. The mean postoperative hospital stay was 3.3 days (range: 2–4 days). No complications or symptomatic recurrences were observed during follow-up. Conclusions: Laparoscopic deroofing using Ligasure is a safe and effective intervention for giant hepatic cysts. Strategic intraoperative positioning optimizes surgical exposure and accelerates functional recovery.

Keywords: Hepatic cyst, Laparoscopic deroofing, Ligasure, ERAS, Posterosuperior segments.

* Corresponding author.

E-mail address: tranqueson.ump@vnu.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.5016>

Phẫu thuật nội soi cắt chỏm nang gan: thông báo một loạt ca lâm sàng

Trần Quế Sơn^{1,2,*}, Mai Văn Vương², Nguyễn Chí Trung²,
Trần Thu Hương², Nông Ngọc Quang²

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam.

²Bệnh viện Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội – cơ sở Linh Đàm,
189 Linh Dương, Hoàng Mai, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 14 tháng 5 năm 2026

Chỉnh sửa ngày 11 tháng 6 năm 2026; Chấp nhận đăng ngày 19 tháng 8 năm 2026

Tóm tắt: Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi cắt chỏm nang gan bằng dao Ligasure. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả chùm 6 ca bệnh nang gan lớn. Ghi nhận các thông số lâm sàng, kỹ thuật và kết quả hậu phẫu. Kết quả: Độ tuổi bệnh nhân từ 48 – 71 tuổi (4 nữ, 2 nam). Các nang đều có kích thước lớn >70 mm (lớn nhất 108 mm), chủ yếu nằm tại hạ phân thùy S7, S8 (66,7%). Dịch nang đục chiếm 33,3%. Trước mổ, chức năng gan ổn định với GOT/GPT trung bình 24,3/22,1 U/L và Bilirubin TP 8,5 μ mol/L. 100% bệnh nhân được phẫu thuật bằng dao Ligasure thành công. Trong đó, 1 ca (16,7%) được đặt tư thế nghiêng trái 90 độ để bộc lộ nang vị trí khó. Nhờ áp dụng ERAS, thời gian nằm viện trung bình rút ngắn còn 3,3 ngày (từ 2 – 4 ngày). Sau mổ, 100% bệnh nhân hết triệu chứng lâm sàng, không ghi nhận biến chứng hay tái phát tại thời điểm tái khám. Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt chỏm nang bằng Ligasure là phương pháp an toàn. Việc thay đổi tư thế linh hoạt giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Nang gan, Phẫu thuật nội soi, Ligasure, ERAS, Gan phải.

1. Mở đầu

Nang gan không do ký sinh trùng hay nang gan đơn thuần xảy ra ở khoảng 2,5% đến 18,0% dân số; chúng có thể biểu hiện dưới dạng đơn độc (nang đơn độc khổng lồ - SGC) hoặc đa nang (bệnh gan đa nang - PLD, một tình trạng di truyền), ở một thùy hoặc cả hai thùy, chỉ khu trú ở gan hoặc đồng thời ở một hoặc cả hai thận [1-3]. Tỷ lệ hiện mắc tăng dần theo tuổi và phổ biến hơn ở phụ nữ trong độ tuổi từ 60 đến 70 [3-5]. Về đặc điểm bệnh học, nang gan đơn thuần là các cấu trúc dạng nang, được bao phủ bởi một lớp biểu mô đơn thuần với nội dung là chất lỏng

trong suốt [3, 4]. Chúng không thông với đường mật; lành tính và không trở thành ác tính [6, 7]. Do đó, nang gan đơn thuần thường không cần điều trị; việc quản lý hầu hết các nang đơn thuần dựa trên nguyên tắc "chờ và theo dõi" ("Wait-and-see") [8-10].

Tuy nhiên, có bằng chứng cho thấy một số nhóm bệnh nhân sẽ có lợi từ phẫu thuật đối với nang có kích thước lớn (thường > 7 cm); nang gây triệu chứng đau tức hạ sườn phải, chèn ép cơ quan lân cận hoặc có biến chứng như nhiễm trùng, xuất huyết và vỡ nang [9, 11]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt chỏm nang đã trở thành "tiêu chuẩn vàng" thay thế mổ mở nhờ ưu

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: tranqueson.ump@vnu.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.5016>

điểm ít xâm lấn, giảm đau và phục hồi nhanh theo phác đồ ERAS [10, 12-14]. Tuy nhiên, thực tế điều trị vẫn đối mặt với nhiều thách thức. Tỷ lệ tái phát sau mổ vẫn dao động từ 5% đến 20%, chủ yếu do việc cắt chỏm nang không đủ rộng. Đặc biệt, các nang nằm ở vị trí khó tiếp cận như hạ phân thùy VII, VIII vẫn là rào cản kỹ thuật lớn do hạn chế tầm nhìn và nguy cơ tổn thương các mạch máu, đường mật lớn [15, 16]. Ngoài ra, việc phân biệt nang đơn thuần với u nang tân sinh trước mổ đôi khi vẫn là một thách thức đối với các nhà lâm sàng [3, 17, 18].

Tại Việt Nam, việc tổng kết kinh nghiệm xử lý các nang ở vị trí khó qua nội soi vẫn đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng điều trị. Thông báo này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị và rút ra kinh nghiệm kỹ thuật qua 6 ca bệnh được thực hiện bởi một phẫu thuật viên.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các ca bệnh được chẩn đoán nang gan đơn thuần kích thước lớn và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt chỏm nang được thực hiện bởi một phẫu thuật viên từ tháng 11/2022 đến 11/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bao gồm các bệnh nhân có nang gan với đường kính lớn nhất > 70 mm hoặc có các triệu chứng lâm sàng dai dẳng (đau tức hạ sườn phải, đầy bụng), được xác định qua chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (MRI).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả một loạt ca bệnh. Nghiên cứu tập trung đánh giá đặc điểm lâm sàng, một số xét nghiệm máu, đặc điểm nang (kích thước, vị trí, số lượng nang); phương pháp mổ, kết quả điều trị (thời gian mổ, thời gian nằm viện, biến chứng).

Chuẩn bị trước mổ: Tất cả người bệnh đều được thực hiện các xét nghiệm thường quy tiền phẫu, bao gồm: tổng phân tích tế bào máu, đông máu toàn bộ và đánh giá chức năng gan (AST, ALT, Bilirubin). Chức năng tim mạch được đánh

giá qua điện tâm đồ và siêu âm tim (chỉ số EF%) để đảm bảo an toàn cho cuộc mổ. Kháng sinh dự phòng được sử dụng đường tĩnh mạch trước thời điểm rạch da.

Kỹ thuật phẫu thuật: phẫu thuật được thực hiện khi bệnh nhân đã được gây mê toàn thân và đặt ở tư thế nằm ngửa. Phẫu thuật viên đứng ở bên trái bệnh nhân, trợ lý và điều dưỡng dụng cụ đứng ở bên phải, và trợ lý cầm camera đứng bên cạnh phẫu thuật viên (Hình 1). Bơm phúc mạc với khí CO₂ ở áp suất 12 mmHg. Trocar-10 mm được đặt qua rốn để cho camera nội soi; 1 trocar-10 mm khác đặt tại vùng thượng vị làm kênh thao tác; một hoặc hai trocar-5 mm được đặt tùy theo vị trí của nang (Hình 1a).

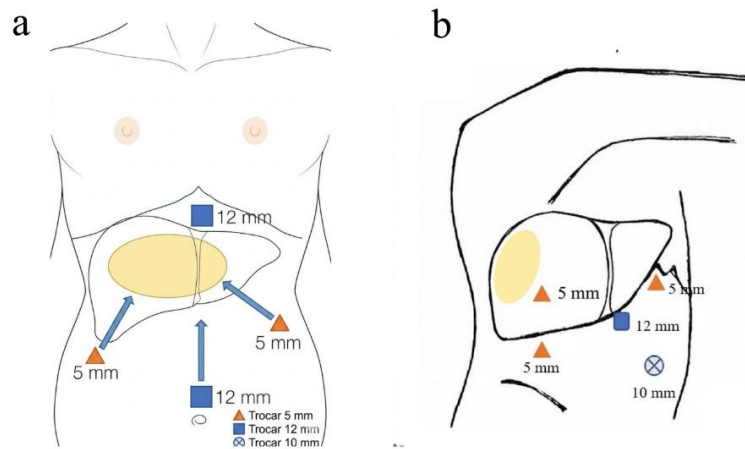
Tuy nhiên, đối với các nang nằm sâu ở hạ phân thùy mặt sau - trên (S7, S8), tư thế nằm nghiêng trái 90 độ được áp dụng để tận dụng trọng lực làm gan đổ về bên trái, giúp bộc lộ rõ vùng vòm hoành và phẫu trường (Hình 1b).

Sau khi xác định được vị trí nang, gỡ dính bọc lộ nang, dịch nang được hút và làm xẹp nang. Cắt vỏ nang (pericystectomy) được thực hiện bằng dao LigaSure™ Maryland và móc điện L (L-Hook) nội soi đến nhu mô gan lành. Cầm máu điện cắt và bệnh phẩm được cho vào túi nilon và lấy ra qua lỗ rốn.

Xử lý phối hợp: với các nang thông nhau, các vách ngăn bên trong được mở thông triệt để. Ở ca bệnh tái phát, chúng tôi kết hợp đốt điện niêm mạc thành nang để tiêu hủy lớp biểu mô tiết dịch.

Chúng tôi thường đặt một dẫn lưu silicon vào hốc nang trước khi đóng các lỗ trocar và được rút trong vòng 24 – 48 tiếng sau mổ.

Một số định nghĩa: Nang tồn dư (Residual): tồn tại trong 3 – 6 tháng; khoang nang chưa từng xẹp hoàn toàn sau mổ; nguyên nhân do kỹ thuật cắt chỏm nang chưa đủ rộng, hoặc tại vị trí nang khó tiếp cận thường là ở phía trên (S7,8, 4a); Nang tái phát (Recurrent): xuất hiện lại sau 6 tháng; khoang nang đã xẹp/biến mất hoàn toàn (trên siêu âm, CLVT hoặc MRI) sau đó mới xuất hiện lại; nguyên nhân do dính tạng, mạc nối lớn làm đóng kín miệng cắt chỏm nang cũ theo thời gian.



Hình 1. Vị trí đặt trocar. Các vị trí đặt trocar phụ thuộc vào vị trí của nang gan mà người bệnh nằm ngửa (a), hoặc nằm nghiêng trái 90 độ khi mổ nang gan tái phát nằm ở phía sau (ca số 4) (b).

2.3. Chăm sóc hậu phẫu và theo dõi

Tuân thủ phác đồ ERAS, ưu tiên vận động sớm và bắt đầu ăn nhẹ trong vòng 24 giờ đầu. Tiêu chuẩn ra viện bao gồm các dấu hiệu sinh tồn ổn định, kiểm soát đau tốt bằng đường uống và dung nạp được chế độ ăn thông thường, không biến chứng. Bệnh nhân được hẹn tái khám để đánh giá sự hết triệu chứng và kiểm tra tái phát qua siêu âm sau xuất viện một tháng.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được quản lý bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Biến định lượng được tính và so sánh dưới dạng $\bar{X} \pm SD$, thống kê tần số và tỷ lệ phần trăm với các biến ngẫu nhiên.

3. Kết quả

Đa số các nang lớn có vị trí giải phẫu nằm ở phân thùy sau - trên gan phải như S7, S8 (4/6 ca). Đây là khu vực khó bộc lộ do nằm sâu dưới vòm hoành và thường có tình trạng viêm dính. Tất cả các nang trong nghiên cứu đều có kích thước lớn (>70 mm), cao nhất lên đến 108 mm; 2/6 ca có dịch đục (nghi nhiễm trùng) chiếm 33,3% (Bảng 1).

Mặc dù nang gan có kích thước khổng lồ gây đau tức, nhưng chức năng gan (GOT, GPT, Bilirubin) của tất cả bệnh nhân đều duy trì trong giới hạn bình thường, không gây hủy hoại tế bào gan (Bảng 2).

Một người bệnh thay đổi sang nằm nghiêng trái 90 độ để bộc lộ các nang nằm rất sâu phía sau gan; thời gian nằm viện ngắn (trung bình 3,3 ngày). *còn nang sau 6 tháng (Bảng 3).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của 6 ca bệnh

STT	Tên bệnh nhân	Tuổi/Giới	Vị trí nang	Kích thước lớn nhất (mm)	Tính chất dịch nang (trên CLVT/Trong mổ)
1	Phạm Thị H	61/Nữ	S7	84 x 76	Trong, đồng nhất
2	Trần Xuân B	48/Nam	S7 (Đa nang)	79 x 89	Trong
3	Tạ Thị L	60/Nữ	S7, S8	70 x 85	Đục, nghi ngờ nhiễm trùng
4	Kim Thị S	71/Nữ	S6 (Tái phát)	76 x 77	Đục
5	Nguyễn Thị H	69/Nữ	S6, S4b, S2	76 x 79	Trong
6	Vũ Công Đ	66/Nam	S7, S2	73 x 108	Trong

Bảng 2. Các chỉ số xét nghiệm máu trước phẫu thuật

Chỉ số	Hồng cầu (T/L)	Bạch cầu (G/L)	GOT/GPT (U/L)	Bilirubin TP ($\mu\text{mol/L}$)
Giá trị trung bình	4,80	6,49	24,3/22,1	8,5
Khoảng biến thiên	4,12 – 6,62	4,85 – 8,50	(17-35)/(13-37)	7,0 – 11,0

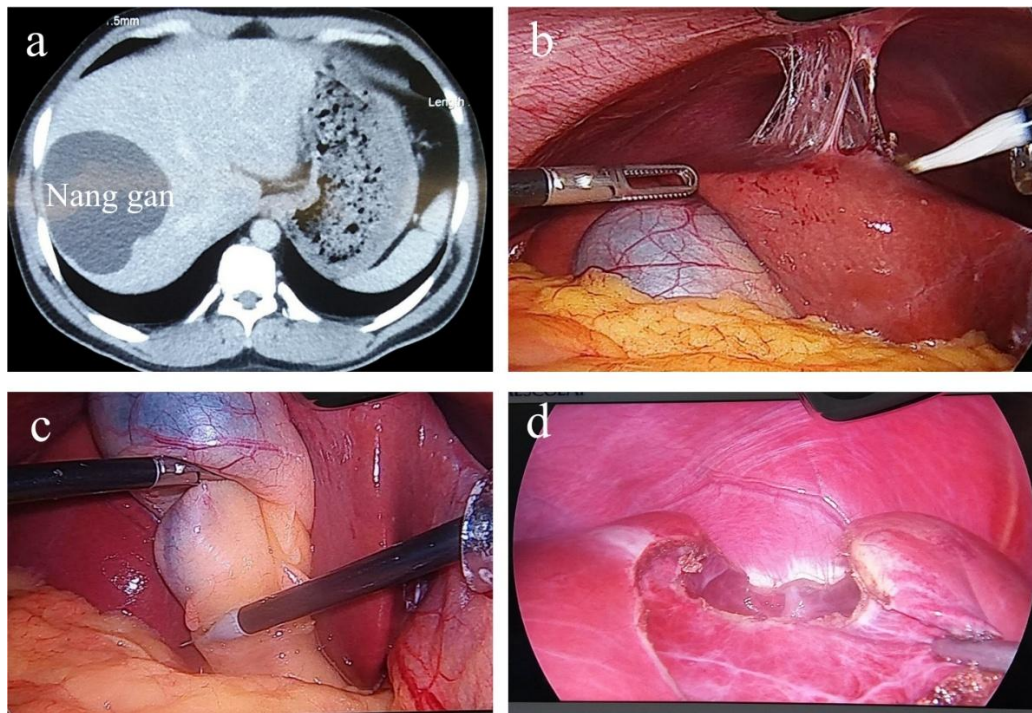
Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật và thời gian hồi phục

STT	Phương pháp	Tư thế bệnh nhân	Xử lý phối hợp	Nằm viện (ngày)
1	Cắt chỏm nang	Nằm ngửa	Không	4
2	Cắt chỏm nang	Nằm ngửa	Cắt túi mật	2
3	Cắt chỏm nang	Nằm ngửa	Mở thông 2 nang	4
4	Cắt chỏm nang	Nghiêng trái 90 độ	Đốt điện niêm mạc	4
5	Cắt chỏm nang*	Nằm ngửa	Không	3
6	Cắt chỏm nang*	Nằm ngửa	Không	3

4. Bàn luận

Về chỉ định và mục tiêu điều trị: nghiên cứu của chúng tôi trên 6 trường hợp cho thấy nang gan đơn thuần thường không kèm theo sự bất thường về chức năng gan (Bảng 2). Tuy nhiên,

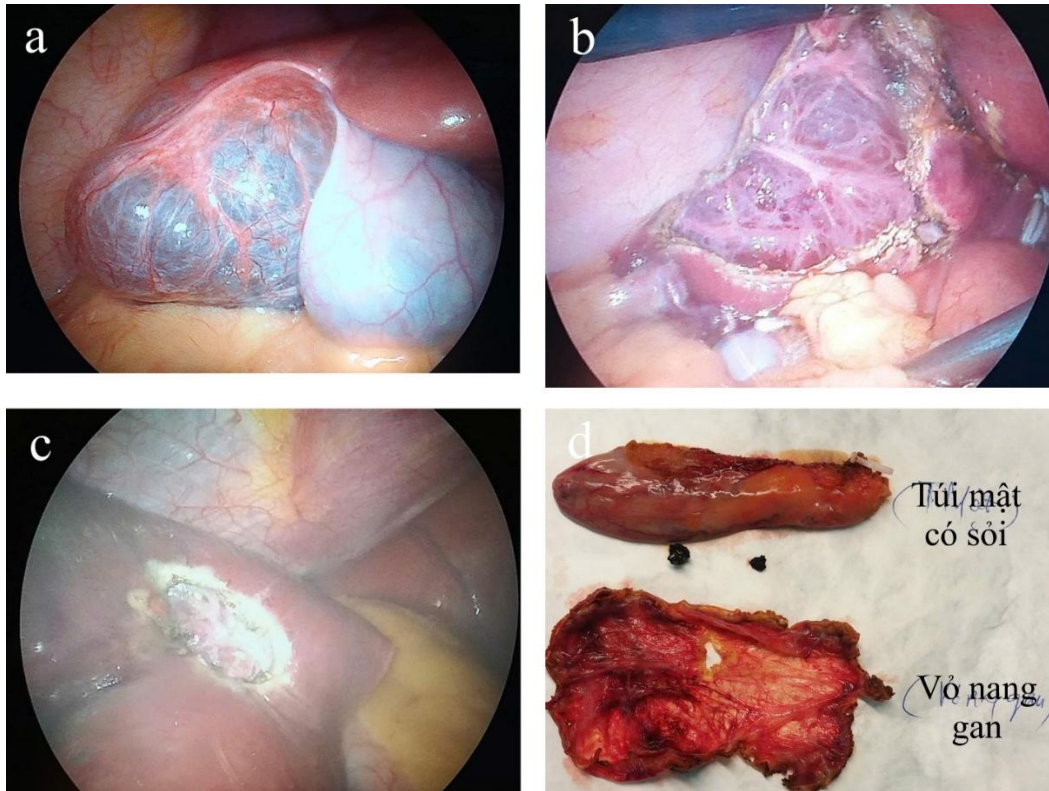
khi các nang này giãn rộng, chúng sẽ gây ra các triệu chứng cơ năng như đau tức hạ sườn phải, đầy bụng. Các biến chứng như nhiễm trùng dịch nang (ca số 3 và 4) hoặc nguy cơ xuất huyết trong nang (ca số 3) (Hình 2), hoặc có sỏi túi mật kèm theo (Hình 3) là những chỉ định mổ bắt buộc.



Hình 2. Chẩn đoán và điều trị nang gan qua phẫu thuật nội soi (BN số 2 – Trần Xuân B – mổ 2/2022). (a) Hình ảnh CT-scan bụng cho thấy nang gan đơn thuần kích thước lớn tại hạ phân thùy VII; (b) Nang dính vào vòm hoành, được bóc lộ bằng các dụng cụ nội soi; (c) Kiểm tra mặt dưới gan, nang chưa dính vào túi mật; (d) Kiểm tra hốc nang sau mổ: diện cắt sạch, không chảy máu hay rò mật.

Về phương pháp, chọc hút dịch đơn thuần thường dẫn đến tái phát 100% trong thực tế lâm sàng. Phương pháp chọc hút kết hợp tiêm xơ cũng cho thấy tỷ lệ thành công ngắn hạn hạn chế và có nguy cơ hình thành áp xe [5, 18, 19]. Mục

tiêu chính của điều trị phẫu thuật đối với nang không lồ là giải áp nang và tránh tái phát [20, 21]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt chỏm nang (unroofing) đã trở thành lựa chọn phổ biến và tiêu chuẩn nhờ tính an toàn và hiệu quả [1, 13, 15].



Hình 3. Hình ảnh nội soi và bệnh phẩm phẫu thuật điều trị gan đa nang kèm sỏi túi mật (BN số 5 – Nguyễn Thị H, mổ 2/2025). (a) Hình ảnh nội soi bộc lộ nang gan kích thước lớn (76x79 mm) nằm tại hạ phân thùy VI, ngay sát giường túi mật. (b) Kỹ thuật cắt chỏm nang bằng dao Ligasure; phẫu trường khô, bộc lộ rõ cấu trúc nhu mô gan lành xung quanh. (c) Xử lý các nang nhỏ phối hợp tại các phân thùy S4b, S2. (d) Bệnh phẩm sau mổ gồm túi mật viêm mạn tính chứa sỏi nhỏ và phần vỏ nang gan đã được cắt bỏ.

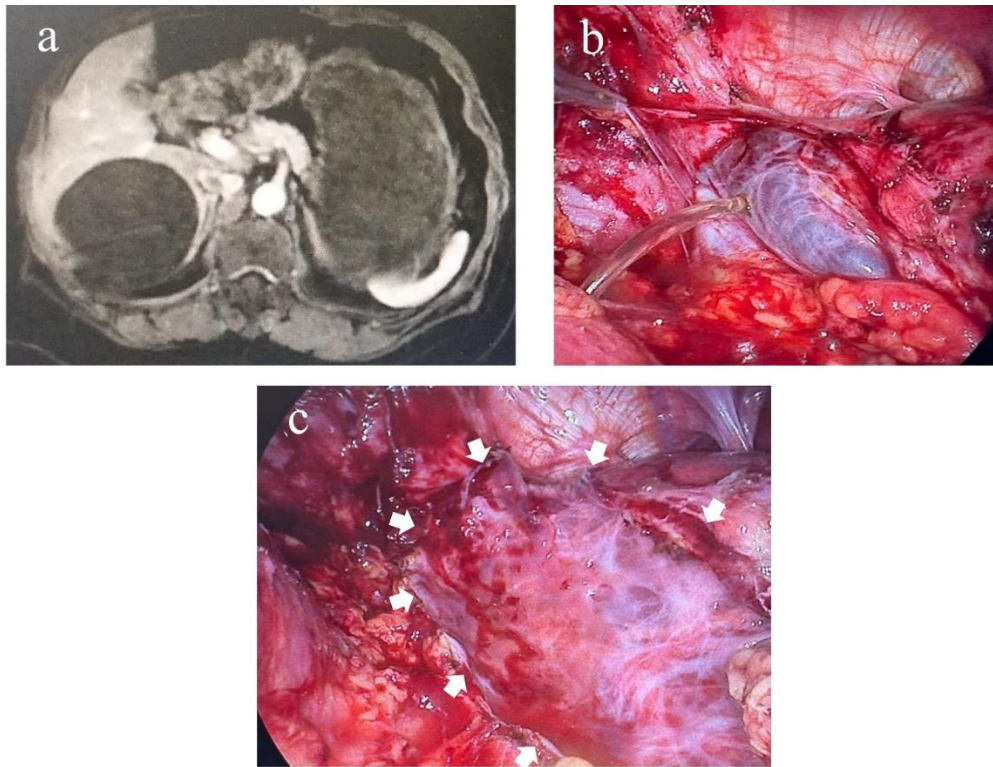
Thử thách tại các phân thùy mặt sau - trên (S7, S8). Theo y văn truyền thống, phẫu thuật nội soi nang gan thường bị giới hạn ở các phân thùy trước - bên [10]. Các tổn thương nằm ở mặt sau hoặc phía trên (phân thùy I, VII, VIII) từ lâu đã được coi là những vị trí khó tiếp cận qua nội soi do hạn chế về tầm nhìn và khó khăn trong kiểm soát chảy máu [9, 10, 16]. Các nguyên nhân phổ biến nhất dẫn đến việc phải chuyển mổ mở bao gồm nang nằm sâu trong nhu mô, vị trí tại phân thùy VI, VII, VIII, hoặc tổn thương đường mật lớn [1, 16]. Tuy nhiên, kết quả từ 6 ca bệnh của

chúng tôi cho thấy kết quả điều trị các nang ở phân thùy sau trên (S7, S8 chiếm 4/6 ca) tương đương với các vị trí thuận lợi về mặt thời gian mổ, lượng máu mất và thời gian nằm viện. 100% các ca của chúng tôi đều thực hiện thành công qua nội soi mà không có ca nào phải chuyển mổ mở.

Kinh nghiệm kỹ thuật và dự phòng tái phát: Để ngăn ngừa tái phát, y văn thường khuyến cáo thực hiện cắt bỏ rộng rãi chỏm nang cùng với phần nhu mô gan liền kề, thậm chí cắt bỏ phần gan phân thùy bên [20]. Việc sử dụng dao năng

lượng Ligasure trong suốt 6 ca bệnh là yếu tố then chốt giúp hàn kín các mạch máu nhỏ và đường mật phụ trên thành nang, đảm bảo phẫu trường khô và an toàn. Đặc biệt, ở các ca khó như

ca số 4 (nang tái phát), chúng tôi đã thay đổi tư thế bệnh nhân nằm nghiêng trái 90 độ và kết hợp đốt điện niêm mạc thành nang để tiêu hủy lớp biểu mô tiết dịch còn sót lại (Hình 4).



Hình 4. Phẫu thuật nội soi điều trị nang gan tái phát tại vị trí khó (BN số 4 – Kim Thị S, mổ 8/2024). (a) Hình ảnh cắt lớp vi tính cho thấy nang gan tái phát kích thước lớn (76x77 mm) tại hạ phân thùy VI, nằm sâu ở mặt sau gan. (b) Hình ảnh nội soi bộc lộ nang trong tư thế bệnh nhân nằm nghiêng trái 90 độ; quan sát thấy dịch nang trong và tình trạng viêm dính phức tạp với thành bụng và cơ hoành do tiền sử mổ cũ. (c) Kỹ thuật cắt bỏ triệt để chỏm nang (mũi tên trắng) kết hợp đốt điện niêm mạc giúp tiêu hủy lớp biểu mô tiết dịch nhằm ngăn ngừa tái phát.

Đối với ca số 3 có hai nang thông nhau tại S7, S8, phẫu thuật viên cần bộc lộ và xử lý triệt để các vách thông ẩn bên trong (Hình 5).

Theo y văn, một số phương pháp dự phòng tái phát có thể áp dụng như tiêm chất xơ vào lòng nang, đốt điện niêm mạc, dùng mạc nối lớn hoặc khâu dây chằng tròn vào thành nang sau khi cắt bỏ vỏ nang bằng nội soi nhưng các kết quả còn ít [2, 5, 14, 21].

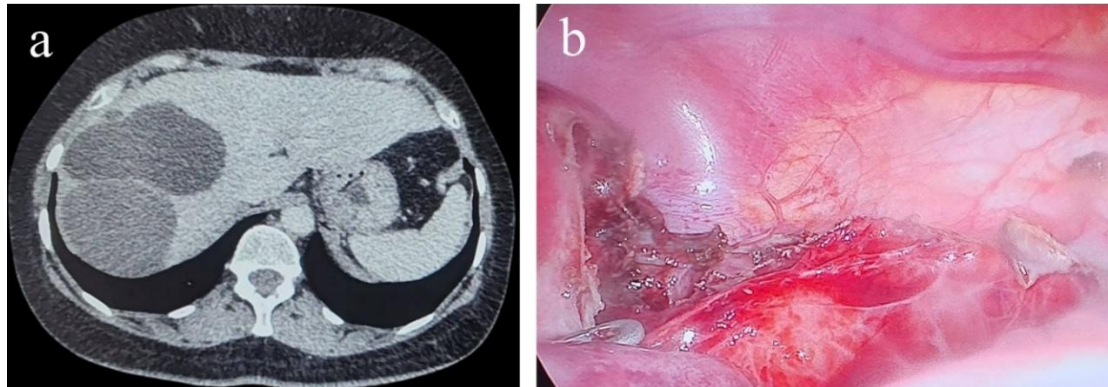
Phân biệt lành tính và ác tính: dù kết quả giải phẫu bệnh 100% các ca của chúng tôi là lành

tính, việc loại trừ khả năng ác tính đồng thời là vô cùng quan trọng. Rất khó để phân biệt nang bẩm sinh với các khối u nang tân sinh trước mổ, ngay cả với kỹ thuật hình ảnh cải tiến [3, 7, 19, 22]. Trong quá trình phẫu thuật, nếu quan sát thấy dịch nang có màu sắc bất thường (đục, xuất huyết) hoặc thành nang có nốt sùi, phẫu thuật viên nên cân nhắc thực hiện cắt gan thay vì chỉ cắt chỏm nang.

Mặc dù kết quả thu được là khả quan, nghiên cứu này vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định.

Đầu tiên, đây là nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh với cỡ mẫu nhỏ ($n=6$), do đó kết quả chỉ mang tính chất ghi nhận kinh nghiệm lâm sàng ban đầu, chưa có giá trị đại diện cho toàn bộ quần thể bệnh nhân nang gan. *Thứ hai*, thời gian theo dõi hậu phẫu và tái khám định kỳ của các bệnh nhân còn ngắn, chủ yếu tập trung vào đánh giá sự phục

hồi sớm và cải thiện triệu chứng cơ năng. *Cuối cùng*, nghiên cứu thiếu nhóm đối chứng để so sánh trực tiếp hiệu quả của dao Ligasure với các thiết bị năng lượng truyền thống khác. Các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hạn là cần thiết để đánh giá chính xác tỷ lệ tái phát và tính ưu việt của kỹ thuật.



Hình 5. Đặc điểm đa nang gan nhiễm trùng và kỹ thuật xử lý nội soi (BN số 3 – Tạ Thị L, mổ 6/2024). (a) Hình ảnh CT-scan cho thấy nhiều nang lớn tập trung tại hạ phân thùy VII, VIII; dịch nang tăng tỷ trọng nghi ngờ nhiễm trùng hoặc chảy máu. (b) Hình ảnh nội soi bộc lộ hai nang lớn nằm sát nhau, thành nang viêm dày.

5. Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt chỏm nang là phương pháp an toàn, hiệu quả, ngay cả đối với các nang có vị trí khó tiếp cận như ở hạ phân thùy VII, VIII. Tuy nhiên, tư thế người bệnh cần thay đổi linh hoạt (nghiêng 90 độ) để bộc lộ rõ nang gan nằm phía sau. Tuy 100% bệnh nhân hết triệu chứng cơ năng, việc còn 2/6 ca (33,3%) có nang tồn dư sau 6 tháng cho thấy hạn chế của phương pháp cắt chỏm nang đơn thuần. Do đó cắt chỏm nang đủ rộng, xử lý triệt để niêm mạc nang hoặc cắt gan; đồng thời, bệnh nhân cần được duy trì theo dõi dài hạn để đánh giá chính xác tính bền vững của kết quả phẫu thuật.

Lời cảm ơn

Tác giả xin chân thành cảm ơn người bệnh và các đồng nghiệp đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình thu thập dữ liệu và thực hiện nghiên cứu này.

Tài liệu tham khảo

- [1] K. D. Hartmann, F. V. Mortensen, Surgical Treatment of Symptomatic Simple Liver Cysts, *Danish Medical Journal*, Vol. 69, No. 1, 2022, <https://doi.org/10.61409/A7312>.
- [2] P. Dahdouh, S. M. Gilyard, Y. D. Nien, M. W. Robinson, Managing Hepatic Cysts in the Setting of Surgery for Cholecystitis, *Cureus*, Vol. 17, No. 3, 2025, pp. e81054, <https://doi.org/10.7759/cureus.81054>.
- [3] G. Manzari Tavakoli, M. Afsharzadeh, M. Mobinikhaledi, S. Behzad, H. Ghorani, F. Salahshour, Differentiation between Mucinous Cystic Neoplasms and Simple Cysts of the Liver: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Abdominal Radiology*, Vol. 50, No. 9, 2025, pp. 4125-4138, <https://doi.org/10.1007/s00261-025-04870-1>.
- [4] N. Wong, M. Abdalkoddus, N. Al-Khafaji, H. Roach, R. Abbadi, Simple Biliary Cysts of the Liver Can Be Lined by Mucinous Epithelium, *Histopathology*, Vol. 81, No. 3, 2022, pp. 402-406, <https://doi.org/10.1111/his.14717>.
- [5] T. Matsumoto, R. Yoshimatsu, M. Osaki et al., Percutaneous Aspiration and Sclerotherapy for

- Simple Hepatic Cysts: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Japanese Journal of Radiology*, Vol. 44, No. 1, 2026, pp. 168-182, <https://doi.org/10.1007/s11604-025-01850-x>.
- [6] I. Dundar, M. Ozgokce, F. Durmaz, S. Ozkacmaz, S. Turkoglu, C. Goya, Efficiency of Diffusion-Weighted MRI for Differentiating Radiologically Similar Simple and Type I Hydatid Cysts of the Liver, *Acta Radiologica*, Vol. 63, No. 2, 2022, pp. 143-148, <https://doi.org/10.1177/0284185121991873>.
 - [7] M. A. Anderson, R. S. Dhimi, C. M. Faden et al., CT and MRI Features Differentiating Mucinous Cystic Neoplasms of the Liver from Pathologically Simple Cysts, *Clinical Imaging*, Vol. 76, 2021, pp. 46-52, <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2021.01.030>.
 - [8] S. R. Kim, D. S. Lee, I. Y. Park, Managements of Simple Liver Cysts: Ablation Therapy Versus Cyst Unroofing, *Korean Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*, Vol. 16, No. 4, 2012, pp. 134-137, <https://doi.org/10.14701/kjhbps.2012.16.4.134>.
 - [9] J. R. Tovar, A. L. Buenadicha, A. M. Caparros, J. N. V. Garza, Surgical Management of Simple Liver Cysts, *Cirugía y Cirujanos*, Vol. 80, No. 1, 2012, pp. 52-55, <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=33364> (accessed on: April 10th, 2026).
 - [10] D. H. Lee, J. Y. Cho, H. S. Han et al., Laparoscopic Treatment of Hepatic Cysts Located in the Posterosuperior Segments of the Liver, *Annals of Surgical Treatment and Research*, Vol. 86, No. 5, 2014, pp. 232-236, <https://doi.org/10.4174/ast.2014.86.5.232>.
 - [11] C. Macutkiewicz, R. Plastow, M. Chrispijn et al., Complications Arising in Simple and Polycystic Liver Cysts, *World Journal of Hepatology*, Vol. 4, No. 12, 2012, pp. 406-411, <https://doi.org/10.4254/wjh.v4.i12.406>.
 - [12] F. Ardito, G. Bianco, M. Vellone et al., Long-Term Outcome after Laparoscopic Fenestration of Simple Liver Cysts, *Surgical Endoscopy*, Vol. 27, No. 12, 2013, pp. 4670-4674, <https://doi.org/10.1007/s00464-013-3112-9>.
 - [13] C. L. Noerregaard, A. P. Ainsworth, Good Results after Laparoscopic Marsupialisation of Simple Liver Cysts, *Danish Medical Journal*, Vol. 61, No. 6, 2014, pp. A4866.
 - [14] P. D. Reuver, I. van der Walt, M. Albania, J. S. Samra, T. J. Hugh, Long-Term Outcomes and Quality of Life after Surgical or Conservative Treatment of Benign Simple Liver Cysts, *Surgical Endoscopy*, Vol. 32, No. 1, 2018, pp. 105-113, <https://doi.org/10.1007/s00464-017-5645-z>.
 - [15] C. Chen, G. Yu, J. Fan et al., Comparison of a Novel Endoscopic Approach Versus Laparoscopic Deroofing for Symptomatic Simple Hepatic Cysts, *Surgical Endoscopy*, Vol. 39, No. 6, 2025, pp. 3947-3958, <https://doi.org/10.1007/s00464-025-11756-3>.
 - [16] S. Xu, M. Rao, Y. Pu, J. Zhou, Y. Zhang, The Efficacy of Laparoscopic Lauromacrogol Sclerotherapy in the Treatment of Simple Hepatic Cysts Located in Posterior Segments: A Refined Surgical Approach, *Annals of Palliative Medicine*, Vol. 9, No. 5, 2020, pp. 3462-3471, <https://doi.org/10.21037/apm-20-1658>.
 - [17] E. L. Nacheva-Georgieva, D. L. Doykov, B. K. Hristov et al., Comparative Assessment of Point Shear Wave Elastography (pSWE) and Two-Dimensional Shear Wave Elastography (2D-SWE) in the Diagnostic Evaluation of Simple Liver Cysts and Liver Hemangiomas, *Medicina*, Vol. 61, No. 11, 2025, pp. 2014, <https://doi.org/10.3390/medicina61112014>.
 - [18] J. Richter, A. K. Lindner, D. Geisel et al., Percutaneous Drainage and Combined Praziquantel-Albendazole Therapy: A Novel Approach for the Treatment of Simple Echinococcal Liver Cysts, *Zeitschrift für Gastroenterologie*, Vol. 62, No. 4, 2024, pp. 500-507, <https://doi.org/10.1055/a-2210-9125>.
 - [19] L. Li, Y. H. Lao, Q. L. Han, CT-Guided Percutaneous Aspiration and Bleomycin Sclerotherapy for Symptomatic Hepatic Cysts: Technique and Three-Year Outcomes, *Frontiers in Medicine*, Vol. 12, 2025, pp. 1687375, <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1687375>.
 - [20] M. Yanagaki, K. Furukawa, K. Haruki et al., Laparoscopic Left Lateral Segmentectomy for Symptomatic Hepatic Cysts: A Case Series, *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, Vol. 36, No. 1, 2026, pp. 1-4, <https://doi.org/10.1089/lap.2025.0412>.
 - [21] Q. B. Wu, T. Li, X. D. Zhang, L. Jin, Suturing Liver's Round Ligament to Cystic Wall for Hepatic Cysts, *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, Vol. 17, No. 12, 2025, pp. 111834, <https://doi.org/10.4240/wjgs.v17.i12.111834>.
 - [22] C. A. McIntyre, J. Girshman, D. A. Goldman et al., Differentiation of Mucinous Cysts and Simple Cysts of the Liver Using Preoperative Imaging, *Abdominal Radiology*, Vol. 47, No. 4, 2022, pp. 1333-1340, <https://doi.org/10.1007/s00261-022-03435-0>.