

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi thấy trong 110 bệnh nhân nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa, độ III sốc phản vệ chiếm 92,7%, không có bệnh nhân nào ở mức độ I và II [3]. Trong số 110 bệnh nhân có 103 bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, 2 bệnh nhân có di chứng thần kinh và 5 bệnh nhân tử vong (4,5%). Tỷ lệ tử vong giảm hơn nhiều so với nghiên cứu tương tự trong năm 2018 và 2010 trước đó tại cùng khoa Điều trị tích cực Nội khoa của Trần Bá Dũng là 7,9% [4] và nghiên cứu Phạm Văn Thắng là 40% [5], nhưng tương đồng với nghiên cứu khác tại Việt Nam của Nguyễn Xuân Quốc [6]. Khi phân tích điều trị ban đầu các bệnh nhân nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa chúng tôi nhận thấy thời gian được tiêm adrenalin ngay lập tức sau khi sốc phản vệ xảy ra chiếm 45,5%, từ vài phút tới 1 giờ chiếm 28,2%, trên 1 giờ chiếm 6,4%. Mặt khác có tới 3,9% chỉ định tiêm tĩnh mạch. Ronna L. Campbell và cộng sự năm 2015 thấy rằng tất cả các ca quá liều adrenalin xảy ra khi dùng đường tiêm tĩnh mạch. Các tác giả này cũng có khuyến cáo nên dùng adrenalin tiêm bắp ở liều đầu tiên, tránh tiêm tĩnh mạch trừ các tình huống đặc biệt [7]. Đường tiêm bắp được khuyến cáo vì tác dụng giãn mạch tại hệ cơ xương, làm tăng tưới máu hệ cơ xương, tăng hấp thu adrenalin vào tuần hoàn khiến thời gian đạt nồng độ đỉnh adrenalin trong huyết tương và trong mô nhanh hơn tiêm dưới da. Đường tiêm tĩnh mạch có nhiều tác dụng phụ nghiêm trọng nên hiện nay không khuyến cáo dùng.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết các bệnh nhân sốc phản vệ phải

nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa là sốc phản vệ độ III, các bệnh nhân đều được tiêm bắp Adrenalin theo phác đồ của Bộ Y tế, tuy nhiên tỷ lệ thoát sốc sau tiêm bắp Adrenalin đơn thuần là thấp, các bệnh nhân nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa phải kết hợp truyền liên tục Adrenalin và các thuốc vận mạch khác. Tỷ lệ sống cao chiếm tới 95,5% trong đó có 1,8% bệnh nhân có di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dinakar C.** Anaphylaxis in Children: Current Understanding and Key Issues in Diagnosis and Treatment. *Current allergy and asthma reports.* 2012, 12 (6), 641-649.
2. **Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Văn Đĩnh.** (2014). Cập nhật 2014 chẩn đoán và xử trí sốc phản vệ, Hội hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam.
3. **Bộ Y tế** 2017. Thông tư 51: Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.
4. **Trần Bá Dũng.** Nhận xét chẩn đoán và điều trị sốc phản vệ tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Nhi Trung ương. Báo cáo Hội nghị khoa học Hồi sức cấp cứu Nhi khoa lần III. 2018.
5. **Phạm Văn Thắng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và điều trị sốc phản vệ do thuốc ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Đề tài nghiên cứu khoa học tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Nhi Trung ương. 2010, 6 (5), 9.
6. **Nguyễn Xuân Quốc, Phạm Văn Quang, Tăng Chí Thượng.** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng bệnh nhi sốc phản vệ tại bệnh viện Nhi đồng 1. *Tạp chí nhi khoa.* 2017, 10 (3), 36-43.
7. **Campbell RL, Bellolio MF, Knutson BD, Bellamkonda VR, Fedko MG, Nestler DM, et al.** Epinephrine in anaphylaxis: higher risk of cardiovascular complications and overdose after administration of intravenous bolus epinephrine compared with intramuscular epinephrine. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2015, 3 (1), 76-80.

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN U MÁU GAN

Lê Thị Thu Hiền¹, Đồng Đức Hoàng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U máu gan là khối u lành tính phổ biến nhất ở gan, nếu khối u có kích thước lớn thì phải có chỉ định điều trị phù hợp. **Mục tiêu:** Đánh giá chỉ định điều trị và kết quả mô bệnh học của bệnh nhân u

máu gan. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 49 bệnh nhân được chẩn đoán u máu gan dựa trên hướng dẫn của Hiệp hội Nghiên cứu về Gan Châu Âu. Trên hình ảnh CT có tiêm thuốc cản quang, khối u gan có hình ảnh ngấm thuốc ngoại vi pha động mạch, tăng cường hướng tâm trong pha chậm; chẩn đoán bằng mô bệnh học khi u không ngấm thuốc điển hình trên CT. **Kết quả:** RFA (Radiofrequency Ablation-đốt sóng cao tần) là phương pháp điều trị thực hiện nhiều nhất với tỉ lệ 34,7%. Cắt khối u và TAE (Transcatheter arterial chemoembolization) cùng với tỉ lệ 14,3%. Cắt u được thực hiện ở lứa tuổi trẻ nhất 42,4 ± 10,9, nhóm RFA là 48,2 ± 11,4; nhóm TAE là 64,8 ± 23,3; p = 0,01. Kích thước u trung bình của nhóm cắt u là lớn

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hiền
 Email: hientuyen.tn2009@gmail.com
 Ngày nhận bài: 20.9.2022
 Ngày phản biện khoa học: 15.11.2022
 Ngày duyệt bài: 21.11.2022

nhất $7,1 \pm 2,7$ cm, nhóm RFA có kích thước nhỏ nhất $5,8 \pm 2,6$ cm, kích thước u nhóm TAE là $6,6 \pm 1,8$ cm, $p = 0,01$. Kích thước u trung bình của nhóm sinh thiết bằng kim là $3,3 \pm 0,9$ cm, nhỏ hơn so với nhóm sinh thiết bằng cắt lạnh $7,1 \pm 2,7$ cm, $p = 0,009$. Trong 13 bệnh nhân được sinh thiết, tỉ lệ lành tính là 100%. U máu thể hang chiếm tỉ lệ 69,2%, u máu thể mao mạch chiếm tỉ lệ 30,8%. **Kết luận:** Có thể thực hiện cắt bỏ, đốt nhiệt hoặc tắc mạch cho bệnh nhân u máu gan tùy từng trường hợp. U máu gan có kích thước lớn thì bản chất vẫn là lành tính.

Từ khóa: Phẫu thuật, đốt nhiệt, tắc mạch, mô bệnh học, u máu gan

SUMMARY

MANAGEMENT AND HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HEPATIC HEMANGIOMA PATIENTS

Background: Hemangioma is the most common benign tumor in the liver, if the tumor is large, appropriate treatment must be indicated. **Objectives:** To evaluate treatment indications and histopathological results of hepatic hemangioma patients. **Methods:** A cross-sectional study of 49 patients diagnosed with hepatic hemangioma based on the guidelines of the EASL. On contrast-enhanced CT image, hemangioma showed enhancement peripheral in arterial phase, afferent enhancement in delayed phase; diagnosed by histopathology when the tumor is not typical enhancement on CT. **Results:** RFA was the most performed treatment with the rate of 34.7%. Resection and TAE together with the rate of 14.3%. Tumor resection was performed at the youngest age of 42.4 ± 10.9 , the RFA group was 48.2 ± 11.4 ; TAE group is 64.8 ± 23.3 ; $p = 0.01$. The average tumor size of the tumor resection group was the highest 7.1 ± 2.7 cm, the RFA group had the lowest size 5.8 ± 2.6 cm, the tumor size of the TAE group was 6.6 ± 1.8 cm, $p = 0.01$. The mean tumor size of the needle biopsy group was 3.3 ± 0.9 cm, smaller than that of the cold biopsy group, 7.1 ± 2.7 cm, $p = 0.009$. In 13 patients undergoing biopsies, the benign rate was 100%. Cavernous hemangiomas account for 69.2%, capillary hemangiomas account for 30.8%. **Conclusion:** It is possible to perform resection, RFA, TAE for hepatic hemangioma patients depending on the case. Hemangioma of large size is still benign in nature.

Keywords: Resection, RFA, TAE, histopathological, hepatic hemangioma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U máu gan là khối u lành tính phổ biến nhất ở gan, với tỷ lệ 0,4% đến 20% trong dân số nói chung và tỷ lệ 0,4% đến 7,3% tình cờ được tìm thấy trong khám nghiệm tử thi. Hầu hết các u mạch máu gan được phát hiện ngẫu nhiên, không có triệu chứng nên không cần can thiệp y tế [1].

Ở những bệnh nhân bị u máu gan khổng lồ không có triệu chứng, theo dõi là một lựa chọn được chấp nhận. Các u máu gan có triệu chứng thường được điều trị bằng phẫu thuật. Tuy

nhiên, phẫu thuật u máu gan khổng lồ có thể gây xuất huyết ồ ạt trong mổ, tỷ lệ tử vong cao. Trong những năm qua, thuyên tắc động mạch (TAE) đã trở thành một chiến lược điều trị thay thế cho u máu có triệu chứng, chủ yếu là trước phẫu thuật. TAE có thể thu nhỏ khối u và giảm triệu chứng, ít biến chứng, được chỉ định đặc biệt ở những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao [2]. Bên cạnh đó đốt nhiệt bằng sóng cao tần cũng là phương pháp ngày càng được sử dụng rộng rãi để điều trị u máu gan [1].

U máu gan thường có kích thước nhỏ nhưng cũng có thể phát triển lên đến hơn 20 cm. U máu có thể dẫn đến tình trạng xơ cứng, gây ra bởi những thay đổi thoái hóa như hình thành huyết khối, xơ hóa và sẹo trong u. Trong khi các u máu không xơ cứng có thể dễ dàng xác định, thì sự xơ cứng và những thay đổi khác làm cho bác sĩ không thể phân biệt được với các tổn thương ác tính như ung thư biểu mô tế bào gan không điển hình, ung thư biểu mô đường mật và các u di căn [3]. Liệu u máu tồn tại lâu, tiến triển thành kích thước lớn có xuất hiện tế bào ác tính? Câu hỏi này khiến chúng ta phải xem lại kết quả mô bệnh học của bệnh nhân u máu cả trước và sau mổ để hiểu rõ bản chất khối u ở nhiều giai đoạn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là: Đánh giá chỉ định điều trị và kết quả mô bệnh học của bệnh nhân u máu gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Chẩn đoán xác định u máu gan dựa trên hướng dẫn của Hiệp hội Nghiên cứu về Gan của Châu Âu (EASL) năm 2016 (Trên hình ảnh CT có tiêm thuốc cản quang, khối u gan có hình ảnh ngấm thuốc ngoại vi pha động mạch, tăng cường hướng tâm trong pha chậm; chẩn đoán bằng mô bệnh học khi u không ngấm thuốc điển hình trên CT [4].

- Tiêu chuẩn loại trừ: dị ứng với thuốc cản quang, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 6 năm 2021.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Điều trị gan mật tụy và khoa Phẫu thuật gan, mật, tụy; Bệnh viện Trung ương quân đội 108, Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu cắt ngang, thiết kế hồi cứu.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Chọn mẫu có chủ đích. Cỡ mẫu 49 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.5.1. Khám lâm sàng và chỉ định cận lâm sàng khi bệnh nhân đến viện:

- Hỏi bệnh và khám triệu chứng của bệnh u máu gan.

- Các bệnh nhân được làm các xét nghiệm công thức máu và đông máu bằng máy Cell Dyn 3700 (Abbot) tại khoa Huyết học. Xét nghiệm sinh hóa bằng máy Olympus Au 640 tại khoa Sinh hóa. Xét nghiệm HBsAg, anti HCV bằng phương pháp ELISA thực hiện tại khoa Miễn dịch. Siêu âm ổ bụng đánh giá khối u bằng máy siêu âm Logiq S7. Chụp CT ổ bụng bằng máy Brivo CT385.

- Sinh thiết khối u (thực hiện trước khi RFA) bằng súng Fastgun, dưới hướng dẫn của máy siêu âm Logiq S7, chọc kim 16 Gauge vào khối u lấy bệnh phẩm dài khoảng 1cm, đường kính 1mm, cố định bằng dung dịch Formol 10%, bệnh phẩm được xử lý mô bệnh học trên máy tự động Sakura, được đúc khối paraffin, cắt nhuộm Hematoxylin-Eosin.

- Kỹ thuật cắt lạnh (cryosection) (thực hiện sau khi cắt khối u): Phẫu thuật viên sẽ lấy một phần hoặc toàn bộ khối u máu gan chuyển đến khoa giải phẫu bệnh trong bệnh viện. Các bác sĩ giải phẫu sẽ cắt bệnh phẩm trên máy cắt lạnh (cryostat) để dùng làm tiêu bản. Tiêu bản cắt lạnh được nhuộm bằng các thuốc nhuộm HE và được phân tích bởi các nhà giải phẫu bệnh.

2.5.2. Thực hiện các kỹ thuật điều trị:

- Các bệnh nhân sẽ được hội chẩn viện Tiêu hóa quyết định điều trị bằng một trong các phương pháp: cắt khối u gan, đốt nhiệt sóng cao tần (Radiofrequency ablation - RFA), tắc động mạch nuôi u bằng Lipiodol UF 4,8g 10ml hoặc hạt vi cầu DC Beads trộn với thuốc Bleomycin bidiphar 15UI (Transarterial embolization - TAE), điều trị triệu chứng không can thiệp vào khối u.

2.6. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu nhân khẩu học: tuổi, giới: nam, nữ.
- Chỉ tiêu lâm sàng: có triệu chứng, không triệu chứng.

- Chỉ tiêu về xét nghiệm: HBsAg, Anti HCV.
- Chỉ tiêu trên siêu âm: chẩn đoán u máu, chẩn đoán khác.

- Chỉ tiêu trên hình ảnh CT:
+ Vị trí u gan: thùy gan phải, thùy gan trái, 2 thùy.

+ Số lượng u: đếm số u trên hình ảnh chụp CT.
+ Kích thước u: Tổng đường kính lớn nhất của tất cả các khối u trên CT.

+ Đặc điểm hình ảnh CT: ranh giới u, tăng sinh mạch, chảy máu trong u, vôi hóa.

- Chỉ tiêu mô bệnh học:

+ Bệnh lí: lành tính, ác tính.

+ Thể u máu: u thể mao mạch, u thể hang.

2.7. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Phân tích các số liệu bằng thuật toán thống kê mô tả tần số các biến Frequencies, đánh giá mối liên quan giữa biến định tính bằng Crosstabs, so sánh biến định lượng bằng One-way ANOVA.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu và triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm		n (49)	%
Tuổi (nhỏ nhất, lớn nhất: 26-93)		54,7 ± 17,1	
Giới	Nam	22	44,9
	Nữ	27	55,1
Không triệu chứng		23	46,9
Có triệu chứng		26	53,1
Viêm gan virus	Viêm gan B	2	4,1
	Viêm gan C	1	2,0
	Âm tính	46	93,9

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,7 ± 17,1. Nữ giới chiếm tỉ lệ cao hơn với 55,1%. Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng chiếm tỉ lệ 53,1%. 93,9% bệnh nhân âm tính với virus viêm gan.

Bảng 2: Đặc điểm vị trí, số lượng, kích thước u trên hình ảnh CT

Chỉ tiêu		n (49)	%
Vị trí u	Gan trái	9	18,4
	Gan phải	33	67,3
	2 thùy	7	14,3
Số lượng u	1 u	36	73,5
	≥ 2 u	13	26,5
Kích thước u	≤ 4 cm	16	32,7
	> 4 cm	33	67,3
Kích thước nhỏ nhất; lớn nhất		1,9 – 10,2	
Kích thước trung vị (tứ phân vị)		5,9 (3,3 – 8,0)	

Nhận xét: U gan phải chiếm tỉ lệ cao nhất 67,3%. Số lượng u đơn độc chiếm tỉ lệ cao hơn với 73,5%. U > 4cm chiếm tỉ lệ 67,3%. Kích thước u dao động từ 1,9-10,2, kích thước trung vị là 5,9cm.

Bảng 3: Các phương pháp điều trị cho bệnh nhân

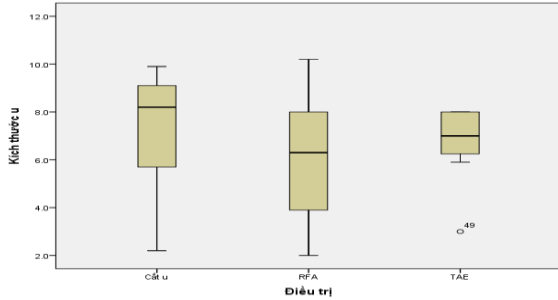
Điều trị	n (49)	%
Cắt u	7	14,3
RFA	17	34,7
TAE	7	14,3
Điều trị triệu chứng	18	36,7

Nhận xét: RFA là phương pháp điều trị thực hiện nhiều nhất với tỉ lệ 34,7%. Cắt khối u và TAE cùng với tỉ lệ 14,3%.

Bảng 4: So sánh một số đặc điểm giữa các phương pháp điều trị

Đặc điểm	Phương pháp điều trị (n=31)						P
	Cắt u (7)		RFA (17)		TAE (7)		
	n	%	n	%	n	%	
Tuổi trung bình	42,4 ± 10,9		48,2 ± 11,4		64,8 ± 23,3		0,01
Giới nữ	4	57,1	11	64,7	2	28,6	0,2
Có triệu chứng	7	100	10	58,8	3	42,9	0,06
Kích thước u TB	7,1 ± 2,7		5,8 ± 2,6		6,6 ± 1,8		0,01
Chẩn đoán siêu âm	5	71,4	8	47,1	2	28,6	0,2

Nhận xét: So sánh các phương pháp, cắt u được thực hiện ở lứa tuổi trẻ nhất 42,4 ± 10,9, tuổi trung bình nhóm RFA là 48,2 ± 11,4; TAE là 64,8 ± 23,3; p = 0,01. Tỷ lệ về giới, triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán chính xác trên siêu âm không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm điều trị. Kích thước u trung bình của nhóm cắt u là lớn nhất 7,1 ± 2,7 cm, nhóm RFA có kích thước nhỏ nhất 5,8 ± 2,6 cm, kích thước u nhóm TAE là 6,6 ± 1,8 cm, p = 0,01.



Biểu đồ 1: So sánh kích thước u giữa các phương pháp điều trị

Nhận xét: Kích thước u trung vị của nhóm cắt u là 8,2 cm, của nhóm RFA là 6,3 cm, của nhóm TAE là 7,0 cm.

Bảng 5: Cách lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học

Mô bệnh học	n (44)	%
Sinh thiết khối u dưới hướng dẫn siêu âm	6	13,6
Sinh thiết tức thì sau mổ	7	15,9

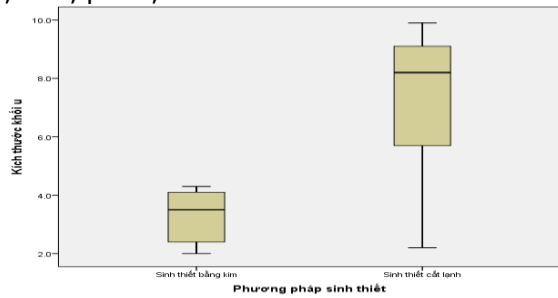
Nhận xét: Có 13,6% số bệnh nhân được sinh thiết khối u dưới hướng dẫn siêu âm, 15,9% số bệnh nhân được cắt u sau đó làm sinh thiết tức thì sau mổ.

Bảng 6: So sánh đặc điểm khối u giữa các phương pháp sinh thiết

Đặc điểm	Phương pháp sinh thiết (n=13)				P
	Sinh thiết kim (6)		Sinh thiết cắt lạnh (7)		
	n	%	n	%	
Kích thước u trung bình	3,3 ± 0,9		7,1 ± 2,7		0,009

U nhỏ nhất, lớn nhất	2,0	4,3	2,2	9,9
----------------------	-----	-----	-----	-----

Nhận xét: Kích thước u trung bình của nhóm sinh thiết bằng kim là 3,3 ± 0,9 cm, nhỏ hơn so với nhóm sinh thiết bằng cắt lạnh 7,1 ± 2,7 cm, p = 0,009.



Biểu đồ 2: So sánh kích thước u giữa các phương pháp sinh thiết

Nhận xét: Kích thước u trung vị của nhóm sinh thiết bằng kim là 3,5 cm, của nhóm sinh thiết bằng cắt lạnh là 8,2 cm.

Bảng 7: Đặc điểm mô bệnh học

Đặc điểm	n (13)	%	
Kết quả mô bệnh học	Lành tính	13	100
	Ac tính	0	0
Thể mô bệnh học	U thể mao mạch	4	30,8
	U thể hang	9	69,2

Nhận xét: Trong 13 bệnh nhân được sinh thiết, tỷ lệ lành tính là 100%. U máu thể hang chiếm tỷ lệ 69,2%, u máu thể mao mạch chiếm tỷ lệ 30,8%.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 49 bệnh nhân u máu gan thấy rằng tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,7 ± 17,1. Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 55,1%. Nghiên cứu của Yoon, S. S. thấy tuổi trung bình là 52, nữ giới chiếm 65%, tương tự kết quả của chúng tôi [5]. Gần một nửa số bệnh nhân không có triệu chứng 46,9% và được phát hiện tình cờ bằng siêu âm. Số bệnh nhân có triệu chứng, đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất. Hầu hết các u mạch máu vẫn im lặng về mặt lâm sàng cho đến khi chúng có kích thước lớn. Ở những bệnh nhân được cắt bỏ,

chúng tôi nhận thấy rằng kích thước u máu trong gan có xu hướng lớn hơn (kích thước trung bình $7,1 \pm 2,7$ cm), ngụ ý rằng các khối u phát triển lớn hơn sẽ gây ra các triệu chứng [6]. Cơ chế chính xác của cơn đau là không rõ ràng. Tăng kích thước, huyết khối trong khoang hoặc xuất huyết có thể gây đau, có thể thứ phát do căng bao gan. Trong 3 phương pháp điều trị thì nhóm cắt u có độ tuổi trẻ nhất, nhóm điều trị bằng RFA có tuổi nhiều hơn 1 chút và nhóm điều trị bằng TAE có độ tuổi trung bình cao nhất là $64,8 \pm 23,3$ [7]. Những lựa chọn điều trị này cũng là dễ hiểu vì theo các hướng dẫn điều trị nên áp dụng các phương pháp điều trị triệt căn cho bệnh nhân lứa tuổi trẻ [8].

Một lý do chính khác để điều trị u máu là loại trừ sự hiện diện của bệnh ác tính. Trong số 31 bệnh nhân được điều trị, chỉ định chính để phẫu thuật và đốt nhiệt kèm sinh thiết là nghi ngờ có khả năng bệnh lý ác tính. Shimizu và cộng sự đã xem xét 32 bệnh nhân được cho là có khả năng mắc bệnh ác tính gan trước mổ nhưng sau đó được chứng minh là có chẩn đoán lành tính [5]. Điều trị dứt điểm u máu có triệu chứng vẫn là phẫu thuật cắt bỏ, nhưng các lựa chọn khác kém hiệu quả hơn bao gồm tắc động mạch và đốt nhiệt cao tần. Với những bệnh nhân có khối u nhỏ, bệnh nhân không muốn phẫu thuật thì chúng tôi vẫn tiến hành đốt nhiệt. Đây vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả, ít biến chứng, giá thành rẻ, bệnh nhân được ra viện nhanh [1]. Với các khối u ở vị trí khó như sát mạch máu lớn, gần đường mật hoặc sát vỏ gan chúng tôi có thể chuyển phương pháp thành tắc động mạch, 7 bệnh nhân được chúng tôi thực hiện tắc mạch mà không có biến chứng gì [7].

Chẩn đoán u máu đôi khi khó khăn, vì thường phụ thuộc vào kết quả chẩn đoán hình ảnh. Một số tổn thương có thể có hình ảnh tăng âm không điển hình, đặc biệt là khi chúng còn nhỏ. Tuy rằng hầu như tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu này không có yếu tố nguy cơ có u ác tính, chỉ số miễn dịch đều bình thường, nhưng hình ảnh trên CT không điển hình, kích thước khối u to, 67,3% số bệnh nhân u lớn hơn 4 cm, đòi hỏi phải có kết quả giải phẫu bệnh để xác chẩn. Sinh thiết vào u máu rất dễ gây chảy máu nên chúng tôi chỉ chọc kim với các khối u có kích thước nhỏ, nằm ở vị trí thuận lợi, ít nguy cơ. Còn với các khối u lớn đều chỉ định phẫu thuật rồi mới làm mô bệnh học. Những tổn thương này được coi là dị dạng mạch máu bẩm sinh và mạch máu to ra chứ không phải do khối u phát triển. Xét về mặt đại thể, chúng là những tổn thương

siêu mạch được mô tả rõ, có màu tím đỏ, có thể nén được. Phân tích mô học của những khối u này cho thấy những khoảng không gian lớn chứa đầy máu được lót bởi các tế bào nội mô và ngăn cách bởi vách ngăn dạng sợi mỏng. Trong 13 bệnh nhân được sinh thiết, tỉ lệ u lành tính là 100%. Farges và cộng sự đã báo cáo về một loạt 163 u máu gan của họ, với thời gian theo dõi trung bình là 92 tháng. Chỉ có 9 u mạch máu tăng kích thước và 7 u máu giảm kích thước. Các biến chứng do u máu gan bao gồm hai bệnh nhân bị hội chứng Kasabach-Merritt, một bệnh nhân bị chảy máu trong gan và hai bệnh nhân bị hội chứng Budd-Chiari. Một số loạt bài khác đã báo cáo rằng phần lớn các u máu gan vẫn ổn định về kích thước và các biến chứng tương đối hiếm gặp [5].

V. KẾT LUẬN

RFA là phương pháp điều trị thực hiện nhiều nhất với tỉ lệ 34,7%. Cắt khối u và TAE cùng với tỉ lệ 14,3%.

Cắt u được thực hiện ở lứa tuổi trẻ nhất $42,4 \pm 10,9$, nhóm RFA là $48,2 \pm 11,4$; nhóm TAE là $64,8 \pm 23,3$; $p = 0,01$. Kích thước u trung bình của nhóm cắt u là lớn nhất $7,1 \pm 2,7$ cm, nhóm RFA có kích thước nhỏ nhất $5,8 \pm 2,6$ cm, kích thước u nhóm TAE là $6,6 \pm 1,8$ cm, $p = 0,01$.

Kích thước u trung bình của nhóm sinh thiết bằng kim là $3,3 \pm 0,9$ cm, nhỏ hơn so với nhóm sinh thiết bằng cắt lạnh $7,1 \pm 2,7$ cm, $p = 0,009$.

Trong 13 bệnh nhân được sinh thiết, tỉ lệ lành tính là 100%. U máu thể hang chiếm tỉ lệ 69,2%, u máu thể mao mạch chiếm tỉ lệ 30,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gao J., Fan R. F., Yang J. Y., et al (2017). Radiofrequency ablation for hepatic hemangiomas: A consensus from a Chinese panel of experts. *World J Gastroenterol*, 23(39), 7077-7086.
2. Kalogirou M., Chourmouzi D., Dedes I., et al (2018). Transarterial embolization for the treatment of complicated liver hemangiomas: A report of two cases and review of the literature. *Clin Mol Hepatol*, 24(3), 345-349.
3. Li T., Klar M. M., Alawad M., et al (2021). Hepatic Sclerosing Hemangioma Mimicking Malignancy: A Case and Literature Review. *Am J Med Case Rep*, 9(3), 144-146.
4. European Association for the Study of the Liver (2016). EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. *J Hepatol*, 65(2), 386-398.
5. Yoon S. S., Charny C. K., Fong Y., et al (2003). Diagnosis, management, and outcomes of 115 patients with hepatic hemangioma. *J Am Coll Surg*, 197(3), 392-402.
6. Xie Q. S., Chen Z. X., Zhao Y. J., et al (2021). Outcomes of surgery for giant hepatic

- hemangioma. BMC Surg, 21(1), 186.
7. **Akhlaghpour S., Torkian P., Golzarian J.** (2018). Transarterial Bleomycin-Lipiodol Embolization (B/LE) for Symptomatic Giant Hepatic Hemangioma. Cardiovasc Intervent Radiol, 41(11), 1674-1682.
8. **Amico A., Mammino L., Palmucci S., et al** (2020). Giant hepatic hemangioma case report: When is it time for surgery? Ann Med Surg (Lond), 58, 4-7.

U ĐỆM DÂY SINH DỤC BUỒNG TRỨNG: GIÁ TRỊ HẠN CHẾ CỦA CHỈ SỐ NGUY CƠ ÁC TÍNH

Lê Thanh Đức¹, Nguyễn Thị Lý Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u đệm dây sinh dục buồng trứng và phân tích hiệu quả chỉ số nguy cơ ác tính (RMI) trong chẩn đoán trước mổ loại u này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả bệnh nhân u đệm dây sinh dục buồng trứng đã được phẫu thuật và xét nghiệm mô bệnh học tại bệnh viện Từ tháng 2016 đến 2020. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 68 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 51,6 ± 16,1 (15- 81 tuổi), nhóm mãn kinh chiếm 61,8%. Triệu chứng gặp nhiều nhất là đau bụng hạ vị (70,6%). Nồng độ CA125 trung bình là 112,8 U/mL (từ 6,9 – trên 1000 U/mL), 42 bệnh nhân có CA125 tăng (64,6%). Đặc điểm u trên siêu âm phần lớn là khối hỗn hợp đặc và dịch (70,6%). Phân tích điểm RMI, có 32 trường hợp nguy cơ cao (47,1%), 36 nguy cơ thấp (52,9%), trung bình là 542,9 ± 917,2 (từ 0 – 4271). Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự báo âm tính của thang điểm RMI trong xác định tổn thương ác tính trước mổ lần lượt là 48%, 53,7%, 28,3%, và 40%. **Kết luận:** U đệm dây sinh dục buồng trứng là nhóm u hiếm gặp, thường gặp ở độ tuổi mãn kinh. Hệ thống điểm RMI có giá trị thấp trong chẩn đoán khối u ác tính trước mổ trong nhóm bệnh này, tuy nhiên cần các nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn để xác định vai trò của RMI.

Từ khóa: u đệm dây sinh dục buồng trứng, chỉ số nguy cơ ác tính

SUMMARY

OVARIAN SEX CORD-STROMAL TUMORS: THE LIMITED VALUE OF RISK OF MALIGNANCY INDEX

Purpose: We aimed to assess the clinical, paraclinical features ovarian sex cord-stromal tumors and analyse the efficiency of risk of malignancy index (RMI) scoring system to detecting malignancy among these tumors. **Materials and Methods:** Medical records of 68 cases diagnosed ovarian sex cord-stromal

tumors from 2016 through 2020 in Vietnam National Cancer Hospital were reviewed retrospectively.

Results: Patients with mean age of 51.6 ± 16.1 (range: 15-81 years old) were reviewed, 61.8% of cases were postmenopausal. The most common symptom was abdominal pain (70.6%). On ultrasonography, the majority of masses were the mixed between solid and cyst. Analyzing RMI score, there were 32 high-risk cases, 36 low-risk cases, RMI mean was 542.9 ± 917.2 (range: 0 – 4271). Sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value of the RMI scoring for identification of malignant lesions preoperatively were found as 48%, 53.7%, 28.3%, and 40%, respectively.

Conclusion: Ovarian sex cord-stromal tumors are uncommon, often occur in postmenopausal patients. RMI scoring is not effective for detecting malignant tumors preoperatively. Further studies with higher number of cases are needed to state clearly the role of RMI scores.

Keywords: ovarian sex cord-stromal tumors, risk of malignancy index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U đệm dây sinh dục buồng trứng (UĐDSDBT) là loại u hiếm gặp, ước tính khoảng 7% tất cả khối u buồng trứng [2]. UĐDSDBT có nguồn gốc từ thành phần mô đệm và dây sinh dục, bao gồm nhóm lành tính và ác tính [2], [5]. Tỷ lệ u mô đệm lành tính chiếm khoảng 0,5-3,7% tất cả u lành buồng trứng, và loại ác tính chiếm 5-8% tất cả u ác tính buồng trứng [7].

Chẩn đoán trước mổ khối UĐDSDBT gặp nhiều khó khăn vì tính chất hiếm gặp, hơn nữa khối u thường to và bệnh nhân thường có các triệu chứng cường estrogen, một hormon do khối u sản xuất [2]. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u đệm dây sinh dục buồng trứng và phân tích hiệu quả chỉ số nguy cơ ác tính (RMI) trong chẩn đoán trước mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu thực hiện trên tất cả các bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật và xét nghiệm mô bệnh học tại Bệnh viện K, chẩn đoán sau mổ là u đệm dây sinh dục

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: duchanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022