

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U MÁU LỚN Ở GAN

ĐOÀN NGỌC GIAO, LÊ TRUNG HẢI

## TÓM TẮT

Nghiên cứu 66 trường hợp u máu lớn ở gan được điều trị phẫu thuật, cho phép rút ra một số kết luận sau:

- Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối cho các trường hợp u máu gan có biến chứng: vỡ u (1,5%), hoại tử nhiễm trùng (1,5%). Chỉ định phẫu thuật tương đối cho các trường hợp: u máu gan lớn có triệu chứng (77,3%), u phát triển + triệu chứng (12,1%), nghi ngờ ác tính (7,6%).

- Phẫu thuật cắt gan ở 93,9% số bệnh nhân gồm: u nhiều khối (30,3%), u chiếm toàn bộ hạ phân thùy, phân thùy hay nửa gan (47%), u nằm trong nhu mô gan (9,1%) và nghi ngờ ác tính (7,6%). Phẫu thuật bóc u (6,1%) khi khối u ở nông trên bề mặt gan, có vỏ xơ rõ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ (18,5%) và đều là các biến chứng nhẹ. Tử vong 1,5%. Tỷ lệ tái phát u: 4,5%.

Từ khóa: u máu gan, cắt gan, phẫu thuật bóc u

## SUMMARY

Study on 66 cases of large hepatic hemangioma treated by surgery showed that: The absolute surgical indication for complications of hepatic hemangioma such as rupture (1.5%) and infection necrosis (1.5%). The relative surgical indication were hepatic hemangioma with symptoms (77.3%), enlarged size and symptoms (12.1%), suspected malignant (7.6%).

- Hepatectomy were performed in 93.9% of cases, including: multitemor (30.3%), very large tumor (47%), intrahepatic tumor (9.1%) and suspected malignant (7.6%). Tumectomy were carried out in 6.1% with the tumor located in surface of liver and had clear border. The morbidity rate 18.5% and all of them were mild. The mortality rate 1.5%. The recurrent rate was 4.5%.

Keywords: hepatic hemangioma, hepatectomy, tumectomy.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

U máu gan là tăng sinh mạch máu lành tính hay gặp nhất của gan, chiếm tỷ lệ từ 0,4% đến 20% trên siêu âm và mổ xác. Các khối u máu lớn ở gan (có đường kính của u trên 4 cm) thường gây các triệu chứng lâm sàng. Cho đến nay phương pháp điều trị u máu lớn ở gan triệt để nhất vẫn là phẫu thuật. Chỉ định phẫu thuật u máu gan được đặt ra chủ yếu vì các hậu quả của nó, như u máu gây triệu chứng hay biến chứng. Vấn đề lựa chọn phương pháp phẫu thuật nào cho những trường hợp có u máu gan lớn vẫn còn có tranh luận. Ở Việt Nam, việc nghiên cứu và đánh giá kết quả điều trị u máu gan còn chưa nhiều.

Bài viết nêu lên một số kết quả điều trị phẫu thuật u máu lớn ở gan.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 66 bệnh nhân (BN) u máu gan lớn được mổ cắt gan và phẫu thuật bóc u tại bệnh viện Việt – Đức từ tháng 3/2001 đến 7/2008.

## 2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu đặc điểm tổn thương u máu gan và tình trạng bệnh nhân trước mổ theo phân loại của Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ (ASA).

- **Chỉ định phẫu thuật:** Chỉ định tuyệt đối: u máu gan có biến chứng như vỡ u, hoại tử, chảy máu trong u, chèn ép. Chỉ định tương đối: u máu gan có triệu chứng ảnh hưởng đến sức khỏe, sinh hoạt và lao động; u máu gan phát triển, điều trị nội khoa không kết quả; nghi ngờ tổn thương ác tính.

### - Phương pháp phẫu thuật:

+ Cắt gan: U máu gan nhiều khối (từ 2 khối trở lên, khu trú 1 bên gan); u chiếm toàn bộ hay gần toàn bộ nửa gan hay thùy gan; u máu nằm trong nhu mô gan, nghi ngờ ác tính.

+ Bóc u: U máu ở nông trên bề mặt gan; u nằm ở vùng trung tâm giữa gan phải và trái, giữa các thùy gan hay giữa các phân thùy; u một khối; u có vỏ xơ rõ trên quan sát đại thể.

### - Đánh giá kết quả phẫu thuật u máu gan:

Thống kê các chỉ tiêu: thời gian mổ, thời gian cấp cứu gan, lượng máu mất trong mổ, lượng máu truyền trong mổ, các tai biến trong mổ, biến chứng và tử vong sau mổ, thời gian nằm viện.

+ Phân loại kết quả sớm sau mổ: tốt (hết triệu chứng, siêu âm hoặc CT không còn u, không có tai biến, biến chứng sau mổ), trung bình (còn tức nhẹ vùng gan xu hướng giảm dần không phải điều trị, siêu âm và CT còn u máu nhỏ < 4 cm, có biến chứng nhẹ sau mổ) và xấu (triệu chứng không đỡ hoặc nặng hơn, còn u máu > 4 cm trên siêu âm hoặc CT, có biến chứng nặng sau mổ phải mổ lại; tử vong).

+ Kiểm tra kết quả xa: lâm sàng, siêu âm. Tỷ lệ tái phát: xuất hiện mới khối u máu gan vùng diện cắt gan.

- **Xử lý số liệu** theo phần mềm SPSS 15.0 tại Học viện quân y.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. **Đặc điểm số liệu:** tổng số 66 bệnh nhân gồm 7 nam (10,6%) và 59 nữ (89,4%), tuổi trung bình: 48,1 ± 8,2 tuổi (từ 32-73 tuổi).

- **Tình trạng BN trước mổ:** ASA I 25,8%, ASA II 56,1%, ASA III 16,7%, ASA IV 1,5%.

- **Kích thước và vị trí u máu gan:** Đường kính u trung bình: 9,1 ± 6,2 cm (5-45 cm). Vị trí chủ yếu ở gan phải 41/66 (62,1%) BN, ở gan trái 21/66 (31,8%) BN, 3 trường hợp ở 2 bên gan và 1 ở thùy đuôi.

## 2. Chỉ định điều trị phẫu thuật u máu gan

- **Chỉ định điều trị phẫu thuật:** chủ yếu là do u máu gan lớn có triệu chứng đau bụng vùng gan, gây sút cân, mệt mỏi và chán ăn, điều trị nội khoa không có kết quả 51/66 (77,3%). Các chỉ định khác là u phát triển và có triệu chứng 8/66 (12,1%) BN, nghi ngờ u ác tính 5/66 (7,6%) BN, biến chứng vỡ u 1 BN (1,5%) và hoại tử nhiễm trùng u 1 BN (1,5%).

**- Chỉ định phương pháp phẫu thuật:**

Bảng 1. Chỉ định phương pháp phẫu thuật.

STT	Phương pháp	Đặc điểm tổn thương	Số BN	Tỷ lệ %
1	Cắt gan	U nhiều khối	20/66	30,3
		U chiếm gần toàn bộ HPT, phân thùy hay nửa gan	31/66	47,0
		U nằm trong nhu mô gan	6/66	9,1
		Nghi ngờ ác tính	5/66	7,6
2	Phẫu thuật bóc u	U có vỏ xơ rõ, một khối đơn độc, lõi trên bề mặt gan	4/66	6,1

**3. Phương pháp phẫu thuật u máu gan**

- **Mổ cắt gan:** 62/66 (93,9%) BN gồm:

+ Mổ cắt gan lớn: cắt bỏ > 3 hạ phân thùy (HPT): 16/66 (24,3%) BN.

+ Mổ cắt gan nhỏ (cắt bỏ HPT, phân thùy) là 46/66 (69,7%) BN, trong đó có 5 trường hợp mổ nội soi cắt gan.

+ Phương pháp cắt gan: Cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng: 56/62 (90,3%) BN, trong đó 10 trường hợp có cặp cuống gan. Cắt gan theo phương pháp Bismuth: 6/62 (9,7%) BN.

- **Phẫu thuật bóc u:** 4/66 (6,1%) BN, trong đó có 1 trường hợp mổ nội soi bóc u.

- **Các thông số phẫu thuật:**

+ Thời gian mổ trung bình: 145,6 ± 55,5 phút (từ 50-350 phút).

+ Lượng máu mất trong mổ trung bình: 278,3 ml (50-2000 ml). Truyền máu trong mổ cho 15 BN (22,7%) với lượng máu truyền trung bình: 251,6 ml.

**4. Đánh giá kết quả phẫu thuật.**

- **Tai biến, biến chứng và tử vong:**

+ Tai biến trong mổ: 1 BN bị rách tĩnh mạch gan giữa.

+ Biến chứng sau mổ: 12/65 (18,5%) BN

Bảng 2. Các biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Phương pháp mổ		Cộng
	Cắt gan	Bóc u	
Tụ dịch môm cắt	6	1	7
Tràn dịch khoang màng phổi	4	0	4
Nhiễm trùng vết mổ	1	0	1
Cộng	11/61	1/4	12/65

Tất cả các BN có biến chứng nói trên đều được điều trị ổn định, khỏi ra viện.

+ Tử vong: Một trường hợp do khối u máu khổng lồ ở thùy gan phải (đường kính u 45 cm, nặng 17 kg). Trong khi cắt thùy gan phải bị tai biến rách tĩnh mạch gan giữa và tử vong do tắc mạch khí.

- **Đánh giá kết quả gần:** kết quả tốt 52/66 (78,8%) BN, trung bình 13/66 (19,7%) BN và xấu 1/66 (1,5%) BN.

- **Kiểm tra kết quả xa** sau mổ ở 65/65 trường hợp (100%) với thời gian trung bình 41,1 tháng (từ 3-88 tháng) cho thấy: 63/65 (97%) BN không còn các triệu chứng sau mổ. Tỷ lệ tái phát u là 3/65 (4,5%) BN.

Các trường hợp này đều không biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

**BÀN LUẬN**

U máu gan hay gặp trên lâm sàng, nhưng u máu gan lớn có chỉ định phẫu thuật lại không nhiều. Nhìn chung, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả và triệt căn nhất đối với u máu lớn ở gan (O. Farges và CS - 1995, J. Hering và CS - 2007), tuy nhiên cần cân nhắc thận trọng các chỉ định điều trị phẫu thuật. Ngoài 2 trường hợp có chỉ định phẫu thuật tuyệt đối do biến chứng vỡ u máu gan và hoại tử nhiễm trùng, còn lại là các chỉ định tương đối, trong đó đa số (77,3%) là các trường hợp u máu gan lớn có triệu chứng như đau vùng gan, gầy sút cân, đầy bụng khó tiêu, mệt mỏi. Điều trị nội khoa và theo dõi dài ngày không thấy hiệu quả. Trong một số nghiên cứu u máu gan lớn được phẫu thuật cho thấy có khoảng 88%-100% số bệnh nhân hết các triệu chứng sau mổ (I. Ozden và CS - 2000). Một chỉ định khác trong điều trị phẫu thuật là u phát triển và có triệu chứng 8/66 (12,1%) BN. Tăng kích thước u máu được cho là do giãn các xoang mạch đã có sẵn hơn là sự tăng sinh mạch máu tân tạo (I. Ozden và CS - 2000, S.M. Hazinedaroglu - 2006). Trong số bệnh nhân của chúng tôi có 5 trường hợp (7,6%) không chẩn đoán chính xác được bản chất u trước mổ, chỉ định phẫu thuật vì không thể loại trừ tổn thương ác tính, kết hợp với kích thước lớn của u và gây triệu chứng. Nhiều tác giả cũng tán thành với chỉ định phẫu thuật trong trường hợp chẩn đoán không chắc chắn, nhất là khi không thể loại trừ được tổn thương ác tính (I. Ozden và CS - 2000, S.S. Yoon - 2003, H.A. Kayaoglu - 2004).

Bốn phương pháp phẫu thuật điều trị u máu lớn ở gan là: cắt gan, bóc u, ghép gan và thắt động mạch gan. Ghép gan thường được dành cho các trường hợp u máu lan tỏa, không cho phép cắt bỏ vì lý do giải phẫu hay phần gan còn lại không đảm bảo chức năng. Thắt động mạch gan có thể được làm đối với những u máu không thể cắt bỏ được, nhưng tác dụng rất hạn chế. Cho đến nay về cơ bản phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp tiêu chuẩn để điều trị u máu gan (J. Hering và CS - 2007). Phẫu thuật bóc u cũng là phương pháp được một số tác giả lựa chọn. Tuy nhiên, đối với những u máu lớn chiếm gần toàn bộ thùy gan hay ở sâu trong nhu mô gan có thể bóc u sẽ rất khó khăn. Trong trường hợp này lựa chọn hợp lý nhất là cắt gan. Chúng tôi chủ yếu chỉ định cắt gan cho các trường hợp u có nhiều khối (30,3%), u có kích thước lớn chiếm gần toàn bộ hạ phân thùy, phân thùy hay nửa gan (47%), u nằm sâu trong nhu mô gan (9,1%) và nghi ngờ ác tính (7,6%). Phẫu thuật bóc u chỉ áp dụng ở 6,1% số BN khi khối u ở nông trên bề mặt gan, có vỏ xơ rõ. Trong 62 trường hợp cắt gan, chủ yếu áp dụng theo phương pháp Tôn Thất Tùng (90,3%). Trên nguyên lý kiểm soát các cuống mạch và đường mật trong nhu mô gan, cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng tránh được các bất thường giải phẫu và có ưu điểm trong các trường hợp cắt gan

nhỏ. Đây là một kỹ thuật thích hợp cho phần lớn các u máu gan khu trú ở mức hạ phân thùy hay phân thùy. Bởi vì u máu gan là lành tính nên phần gan lành bị cắt bỏ phải là tối thiểu.

Tai biến trong mổ gặp một trường hợp khi cắt thùy gan phải do khối u máu khổng lồ chiếm gần toàn bộ ổ bụng, gây rách tĩnh mạch gan giữa và tử vong do tắc mạch khí. Đây là tai biến nặng nề trong phẫu thuật cắt gan đã được thông báo trong y văn. Qua trường hợp này cho thấy, đối với những khối u quá lớn thì việc chỉ định phải hết sức thận trọng và nên chỉ định phẫu thuật sớm hơn nếu có thể, bởi vì khi u quá lớn sẽ làm biến dạng giải phẫu, nguy cơ phẫu thuật cao. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 18,5% và đều là các biến chứng nhẹ. Nhìn chung, theo nhiều thống kê tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật u máu gan khoảng từ 7,2-43% và tử vong từ 0-4,3%. Thông báo của một trung tâm gan mật và ghép gan Nhật Bản năm 2003 với kinh nghiệm trên 1056 trường hợp cắt gan cho tỷ lệ biến chứng 39%, trong đó biến chứng nặng là 5,6% (H. Imamura - 2003). W.R. Jarnagin (2002) thông báo kết quả phẫu thuật cắt gan trong 10 năm (1991 – 2001) trên 1803 trường hợp, tỷ lệ biến chứng là 45% và tử vong là 3,1%.

Trong 66 bệnh nhân sau phẫu thuật cho kết quả tốt 78,8%, trung bình 19,7% và xấu 1,5%. Nhìn chung tỷ lệ thành công là đáng khích lệ, chỉ có 1 bệnh nhân (1,5%) tử vong trong mổ. Số bệnh nhân còn lại đều tiến triển tốt sau mổ và xuất viện trung bình sau 10,4 ngày.

Hầu hết các bệnh nhân (97%) sau phẫu thuật đến tái khám đều hết các triệu chứng. Có 3 trường hợp xuất hiện u máu mới ở vùng diện cắt gan cũ. Tác giả H.P. Tsai (2003) đã thông báo tỷ lệ tái phát u máu gan sau phẫu thuật là 23,3%.

#### KẾT LUẬN

Nghiên cứu 66 trường hợp u máu lớn ở gan được điều trị phẫu thuật cắt bỏ, cho phép rút ra một số kết luận sau: Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối cho các trường hợp u máu gan có biến chứng: vỡ u (1,5%), hoại tử nhiễm trùng (1,5%). Chỉ định phẫu thuật tương đối cho các trường hợp: u máu gan lớn có triệu chứng

(77,3%), u phát triển + triệu chứng (12,1%), nghi ngờ ác tính (7,6%).

- Phương pháp phẫu thuật cắt gan được chỉ định ở 93,9% số bệnh nhân bao gồm: những trường hợp u nhiều khối (30,3%), u chiếm toàn bộ hạ phân thùy, phân thùy hay nửa gan (47%), u nằm trong nhu mô gan (9,1%) và nghi ngờ ác tính (7,6%). Phẫu thuật bóc u (6,1%) được chỉ định khi khối u ở nông trên bề mặt gan, có vỏ xơ rõ.

- Tỷ lệ biến chứng sau mổ 18,5% và đều là các biến chứng nhẹ. Tử vong 1,5%. Tỷ lệ tái phát u: 4,5%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tôn Thất Tùng (1971), *Cắt gan*, Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật, Hà Nội, tr. 5-73.
2. Farges O. et al (1995), "Cavernous hemangiomas of the liver: are there any indications for resection?", *World J Surg*, 19, pp. 19-24.
3. Hazinedaroglu S.M. et al (2006), "Enucleation of centrally located giant hepatic hemangioma: report of two cases", *Dig Dis Sci*, 51(7), pp. 1213-1217.
4. Hering J., Garrean S., Saied A. et al (2007), "Use of radiofrequency hepatic parenchymal transection device in hepatic hemangioma resection: early experience and lessons learned", *HPB*, 9, pp. 319-323.
5. Imamura H. et al (2003), "One thousand fifty-six hepatectomies without mortality in 8 years", *Arch Surg*, 138, pp. 1198-1206.
6. Jarnagin W.R. et al (2002), "Improvement in perioperative outcome after hepatic resection: analysis of 1803 consecutive cases over the past decade", *Ann Surg*, 236(4), pp. 397-407.
7. Kayaoglu H.A. et al (2004), "Surgical treatment of symptomatic cavernous hemangiomas of the liver", *Acta Chir Belg*, 104, pp. 172-174.
8. Ozden I., Emre A., Alper A. (2000), "Long-term results of surgery for liver hemangiomas", *Arch Surg*, 135, pp. 978-981.
9. Tsai H.P. et al (2003), "Clinical experience of hepatic hemangioma undergoing hepatic resection", *Dig Dis Sci*, 48(5), pp. 916-920.
10. Yoon S.S. et al (2003), "Diagnosis, management, and outcomes of 115 patients with hepatic hemangioma", *J Am Coll Surg*, 197, pp. 392-402.