

THAY ĐỔI THỂ TÍCH LÁCH SAU NÚT TĨNH MẠCH CỬA VÀ TĨNH MẠCH GAN LÀM PHÌ ĐẠI GAN Ở CÁC BỆNH NHÂN UNG THƯ TẾ BÀO GAN

Lê Thanh Dũng^{1,2,3}, Thân Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thay đổi về thể tích lách sau khi nút tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan (LVD) với mục đích làm phì đại gan ở các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 32 bệnh nhân bị ung thư tế bào gan (26 nam và 6 nữ, tuổi trung vị là 55,5) đã được thực hiện LVD nhằm tăng thể tích gan từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 1 năm 2023. Một bệnh nhân nữ bị loại khỏi nghiên cứu do được nút bán phần động mạch lách trước LVD để điều trị hạ tiểu cầu do cường lách. Như vậy có 31 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Thể tích gan và lách được đo bằng cắt lớp vi tính (CT) trước và sau can thiệp LVD trong vòng 1 - 3 tháng. **Kết quả:** 31 bệnh nhân đều có tăng thể tích lách trên CT sau LVD, khác biệt có ý nghĩa thống kê (giá trị trung vị sau LVD là 223,3 so với 185,7 ml trước can thiệp, $p < 0,001$). Thể tích lách tăng trung bình 21,5% trong vòng 3 tháng sau LVD. Không xảy ra biến chứng liên quan đến thủ thuật LVD. %FLR trước và sau LVD lần lượt là 29,41% (tứ phân vị (IQR) là 7,61) và 48,93% (IQR là 8,62) ($p < 0,001$). Mức độ phì đại, tốc độ phì đại gan lần lượt là 14,86% (IQR là 8,43), và 16,8 %/tuần (khoảng tứ phân vị là 20,5). **Kết luận:** Tăng thể tích lách sau LVD là một hiện tượng phổ biến trên CT và không gây ra triệu chứng lâm sàng. Những thay đổi này nên được nhìn nhận là những biến đổi mang tính sinh lý sau can thiệp hơn là những bệnh lý để tránh những đánh giá không cần thiết đối với hiện tượng này. **Từ khóa:** ung thư tế bào gan, phì đại gan, lách to.

SUMMARY

SPLEEN VOLUME CHANGE AFTER PORTOHEPATIC VEIN EMBOLIZATION FOR LIVER HYPERTROPHY IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: To identify and describe changes in spleen volume occurring in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) after portohepatic vein embolization (LVD). **Materials and methods:** Thirty-two consecutive patients (26 men and 6 women, with a median age of 55.5) with HCC who underwent LVD between October 2021 and December 2022 were included. One female patient was excluded due to receiving partial splenic artery embolization before

LVD to treat thrombocytopenia due to hypersplenism. Thus, 31 patients were included in the study. Liver and spleen volumes were measured by computed tomography (CT) volumetry on the most recent CT before LVD and within 1 - 3 months after LVD. **Results:** Thirty-one patients (100%) demonstrated increased spleen volume on the post-procedure CT. The increase in spleen volume on CT after LVD was statistically significant compared to before LVD (median value after LVD was 223.3 versus 185.7 ml, $p < 0.001$). Spleen volume increased by an average of 21.5% within three months of LVD. No LVD procedure-associated complications occurred. %FLR was 29.41% (interquartile range (IQR) of 7.61) and 48.93% (IQR of 8.62) before and after LVD, respectively ($p < 0.001$). The degree of hypertrophy and the kinetic growth rate was 14.86% (IQR of 8.43) and 16.8 %/week (IQR of 20.5), respectively. **Conclusions:** Splenic enlargement after LVD in HCC patients is a common finding on CT. Increased familiarity amongst radiologists of this phenomenon as likely reflecting physiological changes is important to avoid unnecessary evaluation for underlying conditions causing interval enlargement of the spleen.

Keywords: hepatocellular carcinoma, liver hypertrophy, splenomegaly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gần đây, nút tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan (portohepatic vein embolization or liver venous deprivation - LVD) cho thấy là thủ thuật an toàn và hiệu quả sau giúp làm phì đại gan trước phẫu thuật cắt gan lớn.[1,2] Tuy nhiên, những thay đổi về thể tích lách sau khi LVD chưa được nghiên cứu rộng rãi. Tăng thể tích lách đã được ghi nhận qua cắt lớp vi tính (CT) sau khi hiến gan ở người cho sống khỏe mạnh.[3] Một số nghiên cứu khác đánh giá sự thay đổi thể tích lách sau phẫu thuật cắt gan bán phần cũng cho kết quả tương tự và được ghi nhận như một sự thay đổi sinh lý sau hiến gan. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá sự thay đổi thể tích lách sau khi làm phì đại gan bằng LVD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022, 32 bệnh nhân có chỉ định cắt gan lớn do ung thư tế bào gan nhưng thể tích gan còn lại dự kiến không đủ được tiến hành LVD nhằm gây phì đại gan trước phẫu thuật. Tuy nhiên 1 bệnh nhân nữ được loại khỏi nghiên cứu do được nút bán phần động mạch lách trước LVD để điều trị hạ tiểu cầu do cường lách. Như vậy

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.4.2023

31 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu này.

2. Phương pháp

Kiểm soát HCC: Trước khi tiến hành LVD, tất cả các bệnh nhân đều được kiểm soát khối u HCC bằng can thiệp nội mạch. Ngoài ra, 2-3ml lipiodol sẽ được bơm chọn lọc vào phần nhu mô gan còn lại, và XperCT được chụp tại bàn ngay sau can thiệp để đảm bảo không có nốt lảng đọng Lipiodol tính chất ác tính tại phần gan dự kiến không cắt bỏ trước khi tiến hành LVD.

Nút tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan:

Bệnh nhân được tiền mê tĩnh mạch và gây tê tại chỗ. Tĩnh mạch cửa phải được nút tắc bằng keo sinh học (hỗn hợp Histoacryl và lipiodol tỷ lệ 1:3 – 1:6) cho tới vị trí cách ngã ba tĩnh mạch cửa 2cm để thuận lợi cho quá trình phẫu thuật sau này. Đường chọc kim được nút tắc bằng cùng hỗn hợp keo sinh học như trên. Sau khi kết thúc PVE, tĩnh mạch gan phải được nút tắc bằng Amplatzer Vascular Plug II từ cách gốc của TM gan 2cm để tạo điều kiện thuận lợi cho việc phẫu thuật. Phần ngoại vi của tĩnh mạch gan cùng với đường chọc kim sẽ được nút tắc bằng hỗn hợp keo sinh học Histoacryl và lipiodol tỷ lệ 1:3 – 1:6.

Xét nghiệm AST, ALT, Bilirubin toàn phần, công thức máu được thực hiện sau LVD 1 ngày. Nếu bệnh nhân ổn định sẽ được xuất viện vào ngày hôm sau. Các triệu chứng, biến chứng sau thủ thuật được thu thập. Suy gan sau phẫu thuật được đánh giá theo phân loại Dindo-Clavien.

Cắt lớp vi tính ổ bụng được thực hiện vào các thời điểm trước và sau LVD 3 - 4 tuần, và cứ mỗi 4 tuần tiếp theo nếu như chưa đủ thể tích hoặc cho tới khi không còn chỉ định phẫu thuật. Thể tích toàn bộ gan (không bao gồm thể tích khối u) (TLV), FRL, thể tích lách được đo đạc. Tỷ lệ (% FRL-V) là tỷ số giữa FRL-V và tổng thể tích gan. Mức độ phì đại gan được tính bằng hiệu số FLR sau và trước khi LVD. Tốc độ phì đại gan (KGR) được tính bằng DH chia cho số tuần tính từ thời điểm nút mạch cho tới khi khảo sát, và tính bằng đơn vị ml/tuần.

Phân tích số liệu. Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, Hoa Kỳ). Các đặc điểm của bệnh nhân được biểu thị dưới dạng giá trị trung vị, tứ phân vị với biến định lượng, hoặc tỷ lệ phần trăm với biến định tính. Các giá trị thay đổi sau khi LVD so với trước LVD được kiểm định bằng so sánh ghép cặp. P < 0,05 được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu này được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh của Trường Đại học Y Hà Nội (mã số: 627/GCN-

HDDNCYSH-DHYHN, ngày phê duyệt 20/4/2022).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 31 bệnh nhân (26 nam và 5 nữ), độ tuổi trung vị là 55,5 tuổi. Tất cả các bệnh nhân đều có tiền sử viêm gan B. 29 trường hợp có Child-Pugh A 5 điểm, 2 trường hợp còn lại có Child-Pugh 6 điểm.

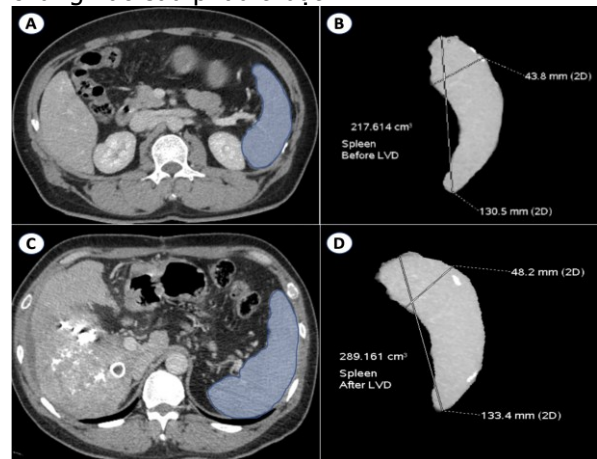
Các thông số liên quan đến thể tích gan và lách được trình bày ở Bảng 1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thể tích gan toàn bộ trước và sau khi LVD. Tuy nhiên có sự tăng lên đáng kể về thể tích gan phần còn lại theo dự kiến, tỷ lệ %FLR, thể tích lách sau khi LVD so với trước khi LVD, p < 0,001.

Bảng 1: Thông số liên quan đến thể tích gan và lách

Thông số	Trước LVD	Sau LVD	p*
Thể tích gan toàn bộ (ml)	1322,3; 414,7	1335,7; 416,3	0,153
Thể tích gan còn lại theo dự kiến (ml)	414,2; 91,5	658,2; 113,6	< 0,001
%FLR (%)	29,41; 7,61	48,93; 8,62	<0,001
Thể tích trung vị của lách (ml)	185,7; 121,6	223,3; 146,1	< 0,001

FLR: thể tích gan còn lại theo dự kiến; LVD: Nút tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan. * Pared-Simples T Test.

Các thông số liên quan đến phì đại gan, kích thước khối u, và tỷ lệ suy gan sau phẫu thuật được trình bày ở Bảng 2. Có một trường hợp biểu hiện suy gan nhẹ thoáng qua sau khi LVD và phục hồi sau 1 tuần. Bệnh nhân này được phẫu thuật cắt gan sau 5 tuần và không có biến chứng nào sau phẫu thuật.



Hình 1: (A) và (B): Hình ảnh cắt lớp vi tính đo thể tích lách trước khi nút mạch (LVD). (C) và

(D): Hình ảnh cắt lớp vi tính đo thể tích lách sau khi nút mạch (LVD).

Bảng 2: Các thông số liên quan đến mức độ phì đại gan và thủ thuật LVD

Thông số	Giá trị
Mức độ phì đại gan (%) (trung vị; tứ phân vị)	14,86; 8,43
Tỷ lệ phì đại gan (%) (trung vị; tứ phân vị)	52,6; 30 16,8;
Tốc độ phì đại gan (KGR) (%/tuần) (trung vị; tứ phân vị)	20,5
Đường kính khối u lớn nhất (mm) (trung vị; tứ phân vị)	65,0; 39,0
Thời gian tiến hành thủ thuật LVD (minute) (trung vị; tứ phân vị)	51; 24
Suy gan sau can thiệp: Độ A (n; %)	1; 3,7
Độ B, C (n; %)	0

Cả 31 trường hợp đều tăng đủ thể tích để cắt gan và không có chống chỉ định khác. Tuy nhiên chỉ 26 trường hợp được tiến hành phẫu thuật, trong đó 22 trường hợp cắt gan phải và 4 trường hợp cắt gan phải mở rộng. Năm trường hợp còn lại bệnh nhân từ chối tiến hành cắt gan vì lý do cá nhân. Có một bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật 32 ngày do suy gan thứ cấp sau biến chứng mất máu nhiều trong phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này nghiên cứu đầu tiên mô tả sự tăng thể tích lách sau khi LVD ở các bệnh nhân HCC. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều cho thấy tăng thể tích lách trên CT sau khi tiến hành LVD từ 1-3 tháng. Trước đây đã có các nghiên cứu trước đây đánh giá thay đổi về thể tích lách sau khi cắt gan do u đại tràng di căn gan hoặc ở những người hiến gan sống, cho thấy thể tích lách có thể tăng khoảng 40-45% trong 6 tháng đầu sau phẫu thuật cắt gan, sau đó trở lại gần với thể tích ban đầu sau 9 tháng. Tương tự, một nghiên cứu khác cho thấy rằng thể tích lá lách đạt mức ổn định khoảng 40% thể tích tăng lên trong khoảng thời gian từ 1 đến 6 tháng sau phẫu thuật, trở lại mức gần như ban đầu vào khoảng 1 năm sau phẫu thuật cắt gan.[4] Cũng có báo cáo về việc tăng thể tích lá lách sau khi cắt một phần gan ở bệnh nhân nhỏ nhóm bệnh nhân mắc bệnh gan tiềm ẩn[3] hoặc ung thư đường mật.[5]

Theo kết quả của các nghiên cứu trước đây, sự phì đại lách không triệu chứng sau phẫu thuật cắt bỏ gan cùng với sự giảm trở lại về gần với giá trị bình thường trong vòng 1 năm gợi ý do thay đổi sinh lý hơn là bệnh lý. Lá lách có khả năng tái tạo sau khi cấy ghép tự động hoặc cắt

bỏ một phần lá lách, nhưng cơ chế phì đại vẫn chưa được biết rõ. Trong bối cảnh nút tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan với mục đích làm phì đại gan hoặc sau cắt bỏ một phần gan, có lẽ cơ chế điều hoà giữa gan và lách bằng con đường thể dịch đã dẫn đến sự tăng kích thước của lách. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa cũng góp phần làm phì đại lách sau khi LVD. Tuy nhiên, áp lực tĩnh mạch cửa được báo cáo là tăng thêm không quá 4 cm H₂O sau phẫu thuật cắt gan lớn và thường trở về bình thường trong vòng 7 ngày.[6] Do đó, thể tích lách tăng lên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa sẽ không thể kéo dài hơn 6 tháng như đã thấy trong các nghiên cứu trước đây. Không những sau khi cắt gan, một số nghiên cứu cũng ghi nhận hiện tượng tăng thể tích lách sau khi nút mạch phóng xạ bằng yttrium-90 để điều trị tổn thương ác tính tại gan.[7]

Mặc dù trong nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân HCC đều xảy ra trên nền xơ gan, tuy nhiên các hậu quả của việc tăng áp lực tĩnh mạch cửa (giãn tĩnh mạch bàng hệ, xuất huyết tiêu hoá, cổ chướng, giảm tiểu cầu,...) đã không được quan sát thấy để cho thấy một tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa quá mức càng ủng hộ cách giải thích phì đại lách không triệu chứng liên quan đến sự thay đổi sinh lý ở trên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các thay đổi về thể tích gan phần còn lại sau phẫu thuật là rất ấn tượng, trong khi thời gian chờ đợi hầu hết chỉ là 3 - 4 tuần. Những kết quả này của chúng tôi cao hơn so với với kết quả trong các nghiên cứu trước đây khi đánh giá hiệu quả của PVE đối với nhóm bệnh nhân HCC có xơ gan. Trong nghiên cứu của Jun-Hui Sun và cộng sự, sau PVE 4-6 tuần, phần trăm tăng FLR đạt 31,1 ± 16,1 ở nhóm xơ gan so với 45,6 ± 47,3 ở nhóm không xơ gan (p < 0,331).[8] Ngoài ra, khi so sánh giữa nhóm xơ gan và không xơ, tất cả các bệnh nhân trong nhóm gan không xơ đều cho thấy kết quả phì đại gan rất tốt ngay ở lần đánh giá đầu tiên (sau trung bình 3 tuần), trong khi ở nhóm gan xơ, tốc độ phì đại gan xảy ra chậm hơn, trong đó có 3 trường hợp cần TACE bổ sung, mặc dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Boris Guiu và cộng sự Christophe Laurent và cộng sự so sánh giữa nhóm RASPE (tên gọi khác của LVD) và PVE, chủ yếu ở những bệnh nhân không xơ gan cho thấy kết quả tăng tỷ lệ FLR lần lượt là 62% và 29% (p < 0,0001).[1]

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả của chúng tôi có thể thấy, LVD là một phương thức làm phì đại gan an toàn,

hiệu quả, và hoàn toàn có thể thực hiện được ở những trường hợp HCC. Lách to sau khi LVD là một hiện tượng phổ biến trên CT và có vẻ liên quan đến những thay đổi sinh lý hơn là bệnh lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Laurent C, Fernandez B, Marichez A, Adam J-P, Papadopoulos P, Lapuyade B, et al.** Radiological simultaneous portohepatic vein embolization (RASPE) before major hepatectomy: a better way to optimize liver hypertrophy compared to portal vein embolization. *Ann Surg.* LWW; 2020;272:199–205.
2. **Guiu B, Quenet F, Panaro F, Piron L, Cassinotto C, Herrero A, et al.** Liver venous deprivation versus portal vein embolization before major hepatectomy: future liver remnant volumetric and functional changes. *Hepatobiliary Surg Nutr.* AME Publications; 2020;9:564.
3. **Chen T-Y, Chen C-L, Huang T-L, Tsang LL, Wang C-C, Liu Y-W, et al.** Spleen volume and platelet count changes among donors after living donor liver transplantation. *Hepatogastroenterology.* 2008;55:1211–5.
4. **Kamel IR, Erbay N, Warmbrand G, Kruskal JB, Pomfret EA, Raptopoulos V.** Liver regeneration after living adult right lobe transplantation. *Abdom Imaging.* Springer; 2003;28:0053–7.
5. **Ando H, Nagino M, Arai T, Nishio H, Nimura Y.** Changes in splenic volume during liver regeneration. *World J Surg.* Springer; 2004; 28:977–81.
6. **Niia T, Murakami M, Aoki T, Murai N, Shimizu Y, Kusano M.** Immediate increase of portal pressure, reflecting sinusoidal shear stress, induced liver regeneration after partial hepatectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* Springer; 1999;6:275–80.
7. **Paprottka PM, Schmidt GP, Trumm CG, Hoffmann RT, Reiser MF, Jakobs TF.** Changes in normal liver and spleen volume after radioembolization with 90 Y-resin microspheres in metastatic breast cancer patients: findings and clinical significance. *Cardiovasc Intervent Radiol.* Springer; 2011;34:964–72.
8. **Sun J-H, Zhang Y-L, Nie C-H, Li J, Zhou T-Y, Zhou G-H, et al.** Effects of liver cirrhosis on portal vein embolization prior to right hepatectomy in patients with primary liver cancer. *Oncol Lett.* Spandidos Publications; 2018; 15:1411–6.

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHOA UNG BƯỞU BỆNH VIỆN ĐA KHOA KIÊN GIANG NĂM 2020-2021

Lương Thị Ngọc Hân¹, Hà Văn Phúc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm người bệnh ung thư vú điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đa Khoa Kiên Giang. (2) Phân tích kết quả chăm sóc người bệnh và một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** Chiếm nhiều độ tuổi 40-60 tuổi là 65,2%, dưới 40 tuổi thấp nhất chiếm 10,4%. Phần lớn ở nông thôn có 66,1%; cao nhất là kinh doanh/nội trợ chiếm 54,8%, nhân viên văn phòng chiếm chỉ 2,6%. Hôn nhân: có gia đình 86,9%, có 13,1% có ly hôn. Ăn nhiều đồ chiên rán chiếm 55,6%; NB ở giai đoạn III nhiều nhất là 50,4%, tiếp giai đoạn IV (31,3%); giai đoạn II là (12,2%) và thấp nhất là giai đoạn I (6,1%). Thực trạng tác dụng phụ hóa chất trên hệ tiêu hóa, tóc: buồn nôn 65,2%; 34,8% có nôn ở tuần 1. Sau 3 tuần tỷ lệ nôn giảm còn 21,7%; buồn nôn 78,3%; rụng tóc: 55,6%. Tác dụng phụ trên da phần lớn là nổi ban, nổi ban phù nề, nổi ban phù nề nhẹ 40%, niêm mạc miệng loét nhưng NB loét vẫn còn ăn được 20,0%; có 2,6% đối tượng nổi ban phù nề loét không ăn được. tê bì nhưng không ảnh hưởng

đến chức năng 38,3%; mất cảm giác, tê bì, ảnh hưởng đến chứng năng nhưng không ảnh hưởng hoạt động hằng ngày 20,0%; tỷ lệ mất cảm giác/tê bì ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày và mất cảm giác vĩnh viễn chiếm 4,3%. Hoạt động chăm sóc tâm lý cho NB trong quá trình điều trị hóa chất. Kết quả chăm sóc của điều dưỡng được đánh giá tốt 89,6%; có 10,4% kết quả chăm sóc chưa tốt. 96,6% người bệnh rất hài lòng với hoạt động chăm sóc của điều dưỡng; 3,4% người bệnh có mức độ hài lòng. Mỗi liên quan với tuổi, với tác dụng phụ trên hệ thần kinh với kết quả chăm sóc, $p < 0,05$.

Từ khóa: Tác dụng phụ, chăm sóc, người bệnh, ung thư vú, điều trị hóa chất

SUMMARY

CURRENT STATUS OF BREAST CANCER CARE PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY AND RELATED FACTORS AT THE ONCOLOGY DEPARTMENT OF KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020-2021

Objectives: (1) Describe the characteristics of breast cancer patients receiving chemotherapy at the Oncology Department of Kien Giang General Hospital. (2) Analyze the results of patient care and some related factors. Results: The majority of the age group 40-60 years old is 65.2%, the lowest under 40 years old accounts for 10.4%. Most of them are in rural areas with 66.1%; The highest is business/housewife

¹Đại học Thăng Long

²Sở Y tế Kiên Giang

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Phúc

Email: bshaphucvktg@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.4.2023