

YTNC với mức độ lan rộng của huyết khối trong hệ thống tĩnh mạch não.⁶ Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi là một trong những nghiên cứu bước đầu tìm hiểu về mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ tăng đông với số lượng xoang huyết khối. Chúng tôi hy vọng trong tương lai sẽ có thêm các nghiên cứu có hệ thống và cụ thể hơn về vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu được tiến hành trên 38 bệnh nhân có chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch não điều trị tại Trung tâm Thần kinh Bạch Mai, chúng tôi nhận thấy: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $42,4 \pm 14,8$ tuổi, nữ có độ tuổi mắc trẻ hơn nam và tỉ lệ nam/nữ là 1,2. Thiếu PC, PS, ATIII là yếu tố nguy cơ cao gây tăng tình trạng HKTMN, tỷ lệ thiếu các yếu tố PC, PS, ATIII trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tới 39,5%, trong đó thiếu protein S gặp nhiều nhất ở 8 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 21,1%, thiếu protein C và ATIII lần lượt là 18,4% và 10,5%. Các yếu tố nguy cơ tăng đông thứ phát liên quan đến kháng thể gặp với tỷ lệ thấp trong đó cao nhất là antiphospholipid 5,3%, các kháng thể khác gặp với tỷ lệ ít hơn lần lượt là kháng thể kháng nhân ANA 2,6%, anti-dsDNA 2,6%, anticardiolipin

2,6%. Không có mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tổn thương nhu mô não và số lượng xoang có huyết khối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown Jr RD, et al.** Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42(4):1158-1192.
2. **P. C, Ferro J. M., Lindgren A. G., et al.** Causes and Predictors of Death in Cerebral Venous Thrombosis. *Stroke*. 2005;36:1720-1725.
3. **Coutinho JM, Ferro JM, Canhao P, et al.** Cerebral venous and sinus thrombosis in women. *Stroke*. 2009;40(7):2356-2361.
4. **Caso V, Agnelli G, Paciaroni M.** Handbook on cerebral venous thrombosis. Karger Medical and Scientific Publishers; 2008:16-22.
5. **Lê Văn Thính,** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị huyết khối tĩnh mạch não. *Tạp san Hội Thần kinh học Việt Nam*, 2, 10. 2010;
6. **Trình Tiên Lực,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não Luận án Tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. 2020;
7. **Zubkov AY, McBane RD, Brown RD, Rabinstein AA.** Brain lesions in cerebral venous sinus thrombosis. *Stroke*. 2009;40(4):1509-1511.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH VẢY NẾN ĐỎ DA TOÀN THÂN BẰNG METHOTREXATE

Phạm Thị Nga¹, Đặng Văn Em², Lê Hữu Doanh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố liên quan, đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị bệnh vảy nến đỏ da toàn thân bằng Methotrexate tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 01/01/2017 đến 30/06/2019. **Đối tượng và phương pháp:** phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang, thử nghiệm lâm sàng tự so sánh trước sau. 112 bệnh nhân, trong đó có 30 bệnh nhân vảy nến đỏ da toàn thân không có chống chỉ định dùng Methotrexate và 30 người khỏe mạnh tương đồng về tuổi và giới. **Kết quả:** Nam chiếm 87,2%, nữ chiếm 12,8%. Triệu chứng lâm sàng: đỏ da 94,6%, bong vảy 98,2%, ngứa 89,3%, phù nề 31,3%, dày sừng lòng

bàn chân tay 4,5%, mệt mỏi 38,4%. Methotrexate có hiệu quả điều trị bệnh VNĐDTT: Tốt 50%, khá 30%, vừa 13,33% và kém 6,67% sau 3 tháng điều trị. Trong đó, giảm PASI 67,7% và PASI-90: 3,34%, PASI-75: 40% và PASI-50: 43,33%. Kết quả điều trị không liên quan với giới tính, tuổi đời và tuổi bệnh. Các triệu chứng mệt mỏi, nôn và buồn nôn tăng dần theo thời gian điều trị sau 12 tuần: mệt mỏi 63,3%, nôn và buồn nôn: 33,3%. **Kết luận:** điều trị vảy nến đỏ da toàn thân bằng Methotrexate cho kết quả tốt và không có tác dụng phụ nào nghiêm trọng.

Từ khóa: Vảy nến đỏ da toàn thân, đặc điểm lâm sàng, điều trị

SUMMARY

CLINICAL FEATURE AND THE RESULT OF PSORIASIC OF PSORIASIC ERYTHRODERMA WITH METHOTREXATE

Objectives: To survey on some related factors, clinical characteristics and effectiveness of methotrexate treatment in patients with systemic erythrodermic psoriasis at the National Hospital of Dermatology from 01/01/2017 to 30/06/2019.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Nga

Email: drnga1979@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

Patients and methods: prospective, cross-sectional, self-comparative clinical trial. 112 patients, including 30 generalized erythrodermic psoriasis patients with no contraindications to methotrexate use and 30 healthy subjects similar in age and sex. **Results:** Male accounted for 87.2%, female accounted for 12.8%. Trigger factors: stress 83.3%, local infection 68.9%, no factor 19.6%, skin trauma 14.4%. Clinical symptoms: skin redness 94.6%, scaling 98.2%, itching 89.3%, edema 31.3%, keratosis pilaris 4.5%, fatigue 38.4%. Methotrexate was effective in treating RTIs: 50% good, 30% good, 13.33% moderate and 6.67% poor after 3 months of treatment. In which, PASI 67.7% and PASI-90: 3.34%, PASI-75: 40% and PASI-50: 43.33%. - Treatment results were not related to sex, age and disease age. The symptoms of fatigue, vomiting/nausea increased gradually over time of treatment after 12 weeks: fatigue 63.3%, vomiting/nausea: 33.3%. **Conclusion:** Treatment of erythrodermic psoriasis with Methotrexate gives good results and no serious side effects

Keywords: systemic erythrodermic, clinical features, treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến đỏ da toàn thân (VNĐDDT) là một trong những thể nặng của bệnh vảy nến, kèm theo các rối loạn về sinh hóa, nước, điện giải và thương tổn các cơ quan bộ phận, làm ảnh hưởng đến chức năng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Lâm sàng bệnh vảy nến đỏ da toàn thân đặc trưng là ban đỏ có vảy khắp cơ thể gồm mặt, bàn tay, bàn chân, móng, thân mình và các chi, được chẩn đoán khi tổn thương chiếm trên 90% diện tích bề mặt của cơ thể [1]. Hiện nay, đa số các tác giả xác định bệnh vảy nến có yếu tố di truyền và có cơ chế tự miễn dịch, chịu tác động của nhiều yếu tố khởi động như chấn thương tâm lý, chấn thương da, tác động một số thuốc, thức ăn đồ uống, khí hậu thời tiết... tạo ra phản ứng miễn dịch qua các khâu đoạn khác nhau gây nên lâm sàng bệnh vảy nến. Điều trị bệnh vảy nến đỏ da toàn thân nói riêng và bệnh vảy nến nói chung đến nay đã có nhiều loại thuốc bôi (mỡ salicylic, corticoid các dạng kem, mỡ, Daivonex...) và nhiều thuốc toàn thân như Methotrexate, Cyclosporin A, ... và gần đây có thuốc sinh học: Infliximab, Adalimumab, Secukinumab... Với một chiến lược điều trị bao gồm giai đoạn tấn công-làm sạch tổn thương và giai đoạn duy trì-duy trì sự ổn định bệnh, cùng với một chiến lược dùng thuốc đơn độc - kết hợp luân chuyển và kế tiếp đã giúp cho người bệnh cải thiện được chất lượng cuộc sống ngày một tốt hơn. Methotrexate (MTX) đến nay vẫn được xác định là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh vảy nến nói chung và bệnh vảy nến đỏ da toàn thân nói riêng. Thực tế lâm sàng thì MTX rất

hiệu quả, an toàn nếu sử dụng đúng phương pháp, tiện lợi khi dùng và rẻ tiền.

Vấn đề điều trị vảy nến đỏ da toàn thân cho đến nay vẫn còn nhiều khó khăn và hiện tại ở Việt Nam có rất ít đề tài nghiên cứu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị bệnh vảy nến đỏ da toàn thân bằng Methotrexate để tìm hiểu sâu hơn vai trò của methotrexate trong điều trị bệnh vảy nến đỏ da toàn thân cũng như góp phần tìm ra biện pháp điều trị hữu hiệu nhất cho bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. 112 bệnh nhân trong đó có 30 bệnh nhân vảy nến đỏ da toàn thân không có chống chỉ định dùng Methotrexate và 30 người khỏe mạnh tương đồng về tuổi và giới

2.2. Phương pháp. Phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang, thử nghiệm lâm sàng tự so sánh trước sau

2.3. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học STATA 12.0, Microsoft Excel 2007.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân VNĐDT theo nhóm tuổi (n=112)

31,2%, tiếp đến là độ tuổi trên 60 chiếm 29,5%, độ tuổi 31-40 chiếm 12,5%.

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân VNĐDT (n=112)

Triệu chứng	Số lượt BN	%
Sốt	13	11,61
Ngứa	100	89,29
Nóng rát	39	34,82
Đau khớp	31	27,68
Mệt mỏi	43	38,39
Mất ngủ	30	26,79

Nhận xét: Triệu chứng ngứa có 100 lượt bệnh nhân, chiếm 89,29%, nóng rát chiếm 34,82%, mệt mỏi 38,39%, đau khớp 27,68%, sốt 11,61%.

Bảng 2. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân VNĐDT (n=112)

Triệu chứng	Số lượt BN	%
Đỏ da	106	94,64
Cộm (thâm nhiễm)	89	79,46
Vảy	110	98,21
Phù nề	35	31,25
Rụng tóc	11	9,82

Nhận xét: Triệu chứng đỏ da chiếm 94,64%, cộm (thâm nhiễm) chiếm 79,46%, vảy da 98,21%, phù nề 31,25%, rụng tóc 9,82%

Bảng 3. Tổn thương móng của bệnh

nhân VNĐDTT (n=112)

Triệu chứng	Số lượt BN	%
Thay đổi màu sắc	87	92,55
Vạch dọc	49	52,13
Vạch ngang	29	30,85
Hố móng	42	44,68
Mụn móng	59	62,77
Bong móng	20	21,28
Rỗ móng	7	7,45
Không	18	16,07

Nhận xét: triệu chứng thay đổi màu sắc chiếm 92,55%, mụn móng chiếm 62,77%, vạch dọc chiếm 52,13%, hố móng chiếm 44,68%

Bảng 4. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu (n=30)

Chỉ số	n	%
Tuổi: 20-29	1	3,33
30-39	2	6,67
40-49	6	20,0
50-59	3	10,0
≥60	18	60,0
Tuổi trung bình	58,03±15,24	
Nam	25	83,33
Nữ	5	16,77
PASI: 20-29		

Bảng 6. Kết quả theo mức độ đánh giá theo thời gian điều trị (n=30)

Thời gian	Rất tốt		Tốt		Khá		Vừa		Kém	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4 tuần	0	0	0	0	2	6,67	26	86,67	2	6,67
8 tuần	1	3,33	1	3,33	20	66,67	7	23,33	1	3,33
12 tuần	1	3,33	8	26,67	17	56,67	4	13,33	0	0

Nhận xét: Theo mức độ đánh giá thì kết quả tăng dần theo thời gian điều trị. Sau 12 tuần tốt chiếm 50%, khá 30%, kém 6,67%.

Bảng 7. Tác dụng không mong muốn của MTX trên lâm sàng (n=30)

Triệu chứng	Sau 4 tuần		Sau 8 tuần		Sau 12 tuần	
	n	%	n	%	n	%
Chán ăn					3	10
Mệt mỏi	15	50,0	3	10,0	19	63,3
Nôn/ buồn nôn	7	23,33	2	6,67	10	33,3
Đau đầu					0	0,0
Rụng tóc	2	6,67	3	10,0	3	10,0
Viêm phổi kẽ	0	0	0	0	1	3,3
Sốt/ ớn lạnh	2	6,67	1	3,33	2	6,6
Giảm lympho					2	6,6
Không dung nạp					0	0

Nhận xét: Các tác dụng phụ như mệt mỏi, buồn nôn/nôn đã tăng dần theo thời gian điều trị. Sau 12 tuần: mệt mỏi 63,3%, nôn/buồn nôn 33,3%.

IV. BÀN LUẬN

Theo dõi sự thay đổi PASI theo thời gian điều trị. MTX là một loại thuốc ức chế miễn dịch

30-39		
40-49	8	26,67
≥50	22	73,33
PASI trung bình	43,3±5,9	

Nhận xét: nhóm nghiên cứu có tỷ lệ nam là 83,33%, nữ là 16,7%, tuổi trung bình là 51,5±15,4, PASI trung bình là 43,3±5,9.

Bảng 5. Thay đổi chỉ số PASI theo thời gian điều trị (n=30)

Thời gian	PASI (X±SD)	PASI giảm	p
Trước điều trị (p0)	43,6 ± 5,14		P0,2<0,001
Sau 1 tháng (p1)	27,6 ± 6,17	15,5 (35,49%)	p2p3<0,001
Sau 2 tháng (p2)	19,0 ± 7,26	24,1 (55,93%)	p2p3<0,001
Sau 3 tháng (p3)	14,00 ± 6,34	29,1 (67,72%)	p0p4<0,001

Nhận xét: PASI trước điều trị là 43,6±5,14, PASI sau tháng thứ nhất là 27,6±6,17, giảm 35,49%, PASI sau tháng thứ 2 là 19,0±7,26, giảm 55,93%, PASI sau tháng thứ 3 là 14,00±6,34, giảm 67,72%. PASI được giảm rõ sau mỗi tháng có ý nghĩa thống kê đều với p<0,001.

ức chế enzyme dihydrofolate reductase, MTX có tác dụng chậm nhưng ổn định cho bệnh vẩy nến đỏ da toàn thân. Theo khuyến cáo của hiệp hội vẩy nến thế giới năm 2010, MTX là một trong những biện pháp điều trị đầu tay của bệnh vẩy nến đỏ da toàn thân, với liều 7,5mg-40mg/tuần, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều trị vẩy nến đỏ da toàn thân bằng Methotrexate

cho PASI giảm đáng kể. Methotrexate đặc biệt được chú ý trong điều trị vảy nến đỏ da toàn thân, thường với liều 25-5mg/tuần. Nghiên cứu của chúng tôi bắt đầu bằng liều 7,5mg/ tuần đầu, sau đó tăng liều 10-15mg/tuần. PASI sau điều trị một tháng còn 27,6±6,17, sau 2 tháng 19,0±7,26, sau 3 tháng 14,0±6,34. Như vậy tỷ lệ giảm PASI qua 3 tháng có ý nghĩa thống kê. Trong đó một phân tích hồi cứu của Khaled A trên 21 bệnh nhân bị bệnh vảy nến nặng được điều trị MTX 7.5mg/tuần thuyên giảm hoàn toàn trong 62% trường hợp, thuyên giảm một phần trong 8.2% trường hợp. thời gian thuyên giảm trung bình kéo dài trong 14 tháng [5]. Ba nghiên cứu hồi cứu với tổng số 53 bệnh nhân điều trị methotrexate liều 15–40 mg/tuần đã báo cáo kết quả từ tốt đến xuất sắc ở 43 bệnh nhân (81%), kết quả trung bình ở 7 bệnh nhân (13%) [3,6,7].

Ngày nay, có rất nhiều thuốc ức chế miễn dịch thể hệ mới trong điều trị bệnh vảy nến nói chung và vảy nến đỏ da toàn thân nói riêng, đặc biệt là sự ra đời của nhiều dòng thuốc sinh học. Tuy nhiên cũng chưa có thuốc nào chữa khỏi hoàn toàn bệnh vảy nến cả mà giá thành điều trị các thuốc sinh học thường rất cao. Chính vì vậy, Methotrexate vẫn là một trong những thuốc ưu tiên điều trị hàng đầu cho những trường hợp đỏ da toàn thân vảy nến lâu ngày, vì các bệnh nhân vảy nến thường nghèo do tốn rất nhiều tiền điều trị nhiều nơi và nhiều thuốc, các thuốc ức chế miễn dịch khác thường giá thành cao, mà MTX rẻ hơn nhiều, nếu được theo dõi và điều trị đúng cách thì hiệu quả rất tốt. Đây cũng là khuyến cáo của hiệp hội vảy nến thế giới năm 2010 [4].

Theo kết quả bảng 3.11, nghiên cứu về mức độ giảm PASI theo thời gian, chúng tôi thấy tỷ lệ PASI cải thiện tốt sau 12 tuần chiếm 50.00%, khá chiếm 30.0%, vừa chiếm 13.33%, kém chiếm 6,67%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài. Theo nghiên cứu của Collins và Roger kết quả rất tốt và tốt chiếm 6/7 trường hợp, 1 bệnh nhân không đáp ứng [2]. Trong nghiên cứu của Khaled A, trên 21 bệnh nhân đỏ da toàn thân ở Tunisie cho kết quả tốt 62%, trung bình 28% và 2 bệnh nhân không dung nạp với thuốc do nôn kéo dài và giảm tiểu cầu nặng [4]. Kết quả ở bảng 3.27, chỉ số PASI thay đổi trước điều trị là 43,6±5,14, sau 1 tháng điều trị PASI còn 26,6±6,17, sau 2 tháng PASI giảm 19,0±7,26, sau 3 tháng PASI giảm 14,0±6,34. Sự giảm của PASI qua 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê rõ rệt với $p < 0,001$

Như vậy, Methotrexate vẫn là thuốc được

các bác sỹ Da liễu trên thế giới ưu tiên dùng trong những trường hợp vảy nến đỏ da toàn thân và cho kết quả khả quan. Tuy nhiên kết quả tốt thường chậm hơn so với các thuốc sinh học hoặc một số thuốc ức chế miễn dịch khác. Mặt khác, nghiên cứu này cho thấy Methotrexate có gây ra một số tác dụng phụ, trong đó một mỗi có 15 bệnh nhân (chiếm 38,46%) ở 4 tuần đầu, 10,0% ở 4 tuần tiếp theo. Nôn và buồn nôn chiếm 66,3% ở 4 tuần đầu, rụng tóc 10,0% sau 3 tháng. Tuy nhiên đây là những triệu chứng thoáng qua, thường hết sau 2 ngày uống thuốc, chưa có bệnh nhân nào phải xử lý bằng thuốc chống nôn đường uống. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy giảm nồng độ Hemoglobin dưới ngưỡng cho phép, MTX có thể gây suy tủy xương, chính vì vậy việc theo dõi công thức máu định kỳ là vô cùng cần thiết để tránh biến chứng đáng tiếc này xảy ra. Nghiên cứu này không phát hiện thấy biến chứng bất lợi nào của bạch cầu khi điều trị MTX, theo khuyến cáo của hội Da liễu Việt nam trong việc theo dõi điều trị MTX, nếu bạch cầu dưới 3,0G/l mới ngưng điều trị.

Như vậy, tác dụng phụ của MTX trong nghiên cứu của chúng tôi không nhiều, có lẽ là vì chúng tôi mới chỉ theo dõi đánh giá trong 3 tháng, với những trường hợp điều trị lâu dài cần theo dõi các chỉ số huyết học và men gan thường xuyên mỗi 3,6 tháng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy triệu chứng lâm sàng của bệnh lý vảy nến đỏ da toàn thân bao gồm: đỏ da chiếm 94,6%, bong vảy chiếm 98,2%, ngứa chiếm 89,3% và một số dấu hiệu khác ít gặp hơn. Methotrexate có hiệu quả trong điều trị bệnh này, với tỷ lệ tốt chiếm 50%, khá 30%, vừa 13,33% và kém 6,67% sau 3 tháng điều trị. Trong đó, giảm PASI 67,7% và PASI-90: 3,34%, PASI-75: 40% và PASI-50: 43,33%. Kết quả điều trị không liên quan với giới tính, tuổi đời và tuổi bệnh. Một số tác dụng không mong muốn bao gồm một mỗi, nôn/buồn nôn tăng dần theo thời gian điều trị sau 12 tuần: một mỗi 63,3%, nôn/buồn nôn: 33,3%. Từ đó, nghiên cứu cho thấy Methotrexate vẫn là thuốc có vai trò quan trọng trong điều trị bệnh lý vảy nến đỏ da toàn thân với nhiều ưu điểm và ít tác dụng phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Văn Em. (2013).** Bệnh vảy nến: Sinh bệnh học và chiến lược điều trị. NXB Y học: 23-57.
2. **Collins P, Rogers S (1992).** The efficacy of methotrexate in psoriasis – a review of 40 cases. Clin Exp Dermatol; 17(4):257–260.

3. **Haustein UF, Rytter M (2000).** Methotrexate in psoriasis: 26 years' experience with low-dose long-term treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* ;14(5):382–388.
4. **Khaled A, Ben Hamida M, Zeglaoui F, et al. (2012).** Traitement du psoriasis par méthotrexate à des biothérapies: étude chez 21 patients tunisiens; *Thérapie*;67(1): 49-52.
5. **Rosenbach M, Hsu S, Korman NJ, et al. (2010).** Treatment of erythrodermic psoriasis: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*, 62(4): 655–662.
6. **Singh RK, Lee KM, Ucmak D, et al. (2016).** Erythrodermic psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives. *Psoriasis: Targets and Therapy.* 6: 93-104.
7. **Van Dooren-Greebe RJ, Kuijpers AL, Mulder J et al (1994).** Methotrexate revisited: effects of long-term treatment in psoriasis. *Br J Dermatol.* 1994;130(2): 204–210.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ U MÁU GAN BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH VỚI BLEOMYCIN

Lê Thanh Dũng^{1,2,3}, Phạm Thế Nghĩa³, Thân Văn Sỹ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả ngắn hạn của phương pháp can thiệp nội mạch (TAE) bằng hỗn hợp lipiodol–bleomycin (LBE) đối với u máu gan kích thước lớn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 16 bệnh nhân có khối u máu gan lớn đã trải qua TAE với LBE từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Các bệnh nhân được theo dõi bằng hình ảnh CT hoặc MRI có tiêm thuốc lần lượt vào 1 và 6 tháng sau TAE. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân 55,31 ± 8,5 tuổi, đường kính khối u lớn nhất trước, sau can thiệp 71,56 ± 20,11 mm và 61,31 ± 24,36 mm trong đó đường kính lớn nhất phần ngấm thuốc còn lại 28,62 ± 25,96 mm, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). TAE đạt được thành công về mặt kỹ thuật ở tất cả các bệnh nhân, không có biến chứng lớn. Cải thiện triệu chứng bụng được ghi nhận ở tất cả trường hợp (100%). **Kết luận:** TAE với LBE là phương pháp an toàn và hiệu quả đối với u máu gan có triệu chứng và/hoặc kích thước lớn. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có so sánh để đánh giá về tính an toàn, hiệu quả của phương pháp này.

Từ khóa: u máu gan lớn, can thiệp nội mạch, bleomycin

SUMMARY

TRANSARTERIAL BLEOMYCIN

EMBOLIZATION FOR HEPATIC HEMANGIOMA

Objective: To evaluate the short-term effectiveness of endovascular intervention (TAE) with lipiodol–bleomycin (LBE) mixture for large liver hemangiomas. **Methods:** Retrospective study on 16 patients with large liver hemangiomas who underwent

TAE with LBE from January 2022 to December 2022 at Viet Duc Friendship Hospital. The patients were followed up by injection CT or MRI at 1 and 6 months, respectively, after TAE. **Results:** mean age of patients was 55.31 ± 8.5 years old. The largest tumor diameter before and after the intervention was 71.56 ± 20.11 mm and 61.31 ± 24.36 mm, in which the largest diameter of the remaining enhancement was 28.62 ± 25.96 mm; the difference was statistically significant ($p < 0.001$). TAE was technically successful in all patients without major complications. Improvement in abdominal symptoms was noted in all cases (100%). **Conclusion:** TAE with LBE is a safe and effective method for symptomatic and/or large liver hemangiomas. More studies with larger sample sizes and comparisons are needed to evaluate the safety and effectiveness of this method.

Keywords: large liver hemangioma, transarterial embolization, bleomycin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U máu gan là u lành tính hay gặp nhất ở gan, chiếm tỷ lệ 0.4% đến 20%.^{1,2} U máu gan không có nguy cơ ung thư hoá và có nguồn gốc bẩm sinh. Hầu hết các trường hợp u máu không có triệu chứng lâm sàng và chỉ cần theo dõi định kỳ.³ Chỉ một tỷ lệ nhỏ u máu gan có triệu chứng và cần điều trị, các u này thường có kích thước từ 4 cm trở lên.³ Về mặt điều trị, phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để nhất cho bệnh u máu gan, tuy nhiên đây cũng là phương pháp xâm lấn và tiềm ẩn nhiều biến chứng như chảy máu sau mổ, suy gan, nhiễm trùng vết mổ, áp xe dưới hoành, rối loạn đông máu, tràn dịch màng phổi, xuất huyết tiêu hoá. Gần đây, can thiệp nội mạch (TAE) đã và đang được áp dụng cho thấy hiệu quả cao, an toàn trong điều trị u máu có triệu chứng. Nhiều báo cáo cho thấy TAE sử dụng Bleomycin trộn với Lipiodol (LBE) mang lại hiệu quả cao trong việc gây xơ hoá, giảm thể tích khối u máu gan sau can

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2023

Ngày duyệt bài: 9.5.2023