

# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CHẨN ĐOÁN TĂNG SẢN THỂ NỐT KHU TRÚ Ở GAN (FNH) VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

LẠI THU HƯƠNG, NGUYỄN THỊ THU TRANG,  
NGÔ LÊ LÂM, TRẦN VĂN LƯỢNG  
*Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai*

## TÓM TẮT

Bệnh nhân (BN) nữ, 30 tuổi, khám sức khỏe vì lý do tức bụng vùng thượng vị. Kết quả siêu âm thấy khối u gan thùy gan trung tâm, BN được chỉ định chụp MSCT 64 dãy ổ bụng. Khối u thùy gan trung tâm có đặc điểm điển hình của tăng sản thể nốt khu trú. BN được cẩn nhắc nhiều yếu tố nguy cơ trong điều trị phẫu thuật nên đã lựa chọn điều trị bằng can thiệp nội mạch, nút tắc nhánh động mạch (ĐM) cấp máu cho khối. Kết quả sau can thiệp, toàn trạng ổn định, khối u giảm rõ rệt về mặt kích thước, không gây triệu chứng chèn ép và chụp kiểm tra trên MSCT không thấy tăng sinh mạch.

Từ khóa: Tăng sản thể nốt khu trú, Chụp cắt lớp vi tính 64 dãy.

## SUMMARY

Female patient with the diagnosis of FNH underwent superselective transarterial embolization and follow-up in 1 year. The interventional indication of patient with the diagnosis of FNH is abdominal pain and no immediate or delayed postembolization complications. After 1 year, size of the tumor have been decreased and has no devascularization. In conclusion, transarterial embolization of focal nodular hyperplasia can be considered as a possible alternative treatment method to surgery.

**Keywords:** FNH- Focal nodular hyperplasia, MSCT - multislices computer tomography.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản thể nốt khu trú (FNH) là u gan lành tính và hiếm gặp, thường gặp ở bệnh nhân (BN) nữ và trẻ tuổi. Trong đó, phẫu thuật là phương pháp điều trị được lựa chọn đối với những trường hợp khối u lớn gây triệu chứng lâm sàng (TCLS) hoặc những khối u có nguy cơ vỡ [1,2].

Tuy nhiên, có nhiều yếu tố nguy cơ trong và sau phẫu thuật mà việc lựa chọn phương pháp điều trị cần phải được cân nhắc [1,2]. Trong đó, điều trị bằng can thiệp nút tắc động mạch nuôi khối là phương pháp lựa chọn thay thế [3-6].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành điều trị bằng phương pháp này đối với bệnh nhân được chẩn đoán FNH với các đặc điểm hình ảnh điển hình, với mục đích đánh

giá hiệu quả điều trị thông qua mức độ cải thiện TCLS, cũng như đánh giá kích thước và tính chất ngầm thuốc của khối u sau nút mạch.

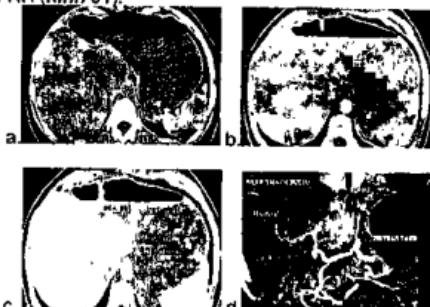
## HỒ SƠ BỆNH ÁN

Bệnh nhân nữ 30 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, khám sức khỏe với lý do tức bụng vùng thượng vị, không sốt.

Khám: bệnh nhân tĩnh, tiếp xúc tốt, hội chứng nhiễm trùng (-), gan lách không to. Các chỉ số xét nghiệm máu bình thường.

Siêu âm ổ bụng thấy khối u gan phan thùy trung tâm.

Trên phim chụp MSCT ổ bụng 64 dãy, có tiêm thuốc cản quang: u gan trung tâm (HPT IV-VIII), kích thước 38x54mm, có đặc điểm hình ảnh điển hình của FNH (hình 01).



Hình 01. MSCT FNH. a. Trước tiêm: u gan trung tâm, giảm tỷ trọng, bờ và ranh giới rõ, có sẹo xơ trung tâm. b.

c. Chụp sau tiêm thí động mạch và tĩnh mạch: ngầm thuốc nhanh và mạnh, sẹo xơ trung tâm chưa thấy ngầm thuốc. d. Trên hình động mạch: có cuống mạch nuôi từ động mạch (ĐM) gan trái.

Trong điều trị, phẫu thuật loại bỏ khối u là phương pháp lựa chọn đầu tiên, tuy nhiên, với trường hợp này cần phải cân nhắc nhiều yếu tố trước khi phẫu thuật: (1) thứ nhất, u gan trung tâm gần các cấu trúc mạch máu cuống gan, phẫu thuật rất khó và hầu như là không thể bóc tách được hết tổn thương, (2) thứ hai, phẫu thuật có tính chất xâm lấn với nhiều yếu tố nguy cơ trong và sau phẫu thuật phải gây mê toàn thân, (3) thứ ba, thời gian nằm viện và hồi phục kéo dài. Nên đổi với trường hợp này chúng tôi đã tư vấn cho bệnh nhân được tiếp cận với phương pháp điều trị mới bằng can thiệp nút tắc nhánh ĐM nuôi cấp máu cho u.

Tiến hành điều trị can thiệp: trên chụp mạch, khối u tăng sinh mạch, ngầm thuốc nhanh và mạnh, có cuống mạch nuôi từ ĐM gan trái, trên chụp thí muộn: sẹo xơ trung tâm ngầm thuốc (hình 02).

Chủ trách nhiệm: Trần Văn Lượng

Địa chỉ: Bệnh viện Bạch Mai

Email: drtranlynh@gmail.com

Ngày nhận: 28/6/2016

Ngày phân biến: 22/7/2016

Ngày duyệt bài: 04/8/2016

Ngày xuất bản: 20/9/2016



Hình 02. Trên chụp mạch: chụp ĐM thận tạng và chụp chọc lọc nhánh cấp máu cho khối u, hình ảnh khối u ngầm thuốc mạnh và nhìn rõ cuống mạch nuôi đến khối u "tumor blush".

Tiến hành nút tắc các nhánh mạch đến cấp máu cho khối bằng vật liệu nút mạch vĩnh viễn, với bệnh nhân này chúng tôi sử dụng hạt nút tắc PVA (polivinyl alcohol), kích thước hạt 350-500 $\mu$ m. Chụp kiểm tra lại ngay sau nút, khối FHN không ngầm thuốc và lắng động vật liệu nút mạch tốt (hình 03).



Hình 03. Chụp kiểm tra khối u ngay sau can thiệp nút tắc cuống mạch nuôi, a. Trên chụp mạch: không thấy cuống mạch nuôi, khối u không ngầm thuốc cản quang. b. MSCT 64 dãy: khối u không ngầm thuốc và lắng động vật liệu nút tắc vĩnh viễn.

Sau điều trị, BN được chụp MSCT 64 dãy kiểm tra sau 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng, đánh giá kích thước và tính chất ngầm thuốc của khối. Sau 1 tháng, kích thước khối u giảm rõ rệt và không ngầm thuốc sau tiêm (hình 04).



Hình 04. Chụp MSCT 64 dãy trước và sau điều trị 1 tháng, có tiêm thuốc cản quang thi động mạch, a. Trước điều trị: kích thước khối u 38x54cm, ngầm thuốc mạnh, b. Sau điều trị nút tắc cuống mạch nuôi 6 tháng: kích thước 30x37cm, không ngầm thuốc sau tiêm.

#### BÀN LUẬN

FNH là khối u gan lành tính phổ biến thứ 2 sau u máu gan và gấp 2 lần với u tuyến tế bào gan, với tỷ lệ nam/nữ=1/2 [1,2]. FNH là tổn thương khu trú, ranh giới rõ và thường đơn độc 80-95%, hay gấp 2 gan phải, kích thước <5cm trong 85%, sẹo xơ trung tâm gấp 70% trường hợp. FNH thường không có TCLS, tuy nhiên, một số BN xuất hiện đau bụng, gan to và/or khối u nhạy hoặc sờ thấy, biến chứng vỡ khối u gây chảy máu trong ổ bụng hiếm gặp.

MSCT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, giá trị chẩn đoán cao với độ nhạy 70% và độ đặc hiệu 98% [1,2]. FNH giảm tỷ trọng trước tiêm, bờ và ranh giới rõ, trung tâm giảm tỷ trọng dạng dịch

thường gặp trong 50-70% các trường hợp do sự hiện diện của kênh mạch (vascular channels), phủ nề và sự xuất hiện các ống mật trong khối. Sau tiêm, FNH ngầm thuốc mạnh và nhánh thi ĐM và đồng tỷ trọng với nhu mô gan lân cận thi tĩnh mạch, ở thi muộn, sẹo xơ trung tâm ngầm thuốc. Trên chụp mạch (angiography) FNH là khối u giàu mạch, thường không nhìn thấy thuốc trong khối, không thông động – tĩnh mạch, cuống mạch nuôi thường thâm nhập trong tổ chức u và chia nhiều nhánh nhỏ vào khối hình lan hoa bánh xe "spoke wheel".

Điều trị FNH với những trường hợp khối u phát triển nhanh gây triệu chứng chén ép hoặc cổ nguy cơ vỡ [3,4]. Trong đó, phẫu thuật thường được lựa chọn đối với điều trị FNH, tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật cao, phụ thuộc vào thể trạng, vị trí và kích thước của khối u. Các biến chứng có thể gặp như chảy máu, rò mật, áp xe, chảy máu, dịch màng phổi hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu [5], tỷ lệ tử vong 2% [6].

Điều trị can thiệp nút tắc động mạch cấp máu cho khối u được xem là phương pháp điều trị thay thế khi chống chỉ định với phẫu thuật, đây là phương pháp có nhiều ưu thế như ít xâm lấn, không gây mổ toàn thân và thường có chỉ định thích hợp đối với FNH do chỉ có một cuống mạch nuôi, không có dị dạng động – tĩnh mạch trong khối [3]. Tuy nhiên, việc lựa chọn kích thước vật liệu nút mạch là vấn đề cần đặt ra trong điều trị can thiệp, theo kinh nghiệm của chúng tôi, vật liệu nút mạch thường được chọn với kích thước nhỏ.

Biến chứng liên quan đến điều trị can thiệp nút mạch gồm các biến chứng liên quan đến thuốc cản quang, hội chứng sau nút và biến chứng khác. Hội chứng sau nút mạch thường xảy ra trong vòng 24-48h sau can thiệp và muộn nhất từ 3-7 ngày với các TCLS điển hình là đau, nôn, buồn nôn, ớn lạnh, sốt và bệnh lý bạch cầu (leukocytosis). Áp xe phát triển trong mô hoại tử sau nút là biến chứng thường gặp, ví dụ, trong quá trình tiến hành thủ thuật phải đếm bảo tuyết đối vỡ khuôn, một số trường hợp sử dụng kháng sinh dự phòng rộng, trong nghiên cứu của chúng tôi, BN không cần sử dụng thuốc kháng sinh dự phòng. Biến chứng hoại tử mô xung quanh do trào ngược vật liệu nút mạch hoặc do thẩm vật liệu nút mạch qua giướng mao mạch. Ngoài ra, suy thận cũng có thể xảy ra liên quan đến liều lượng thuốc cản quang đưa vào cơ thể. Một số biến chứng hiếm gặp như viêm phổi, tràn dịch màng phổi, suy giảm chức năng gan.

#### KẾT LUẬN

FNH là tổn thương lành tính, hiếm gặp, khối u то có thể gây ra các TCLS: đau bụng, chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây huyết khối, biến chứng vỡ gây chảy máu trong khối và/hoặc chảy máu trong ổ bụng.

Vì vậy lựa chọn phẫu thuật điều trị cần cân nhắc đến các yếu tố nguy cơ trước phẫu thuật cũng như các biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Lựa chọn phương pháp nút tắc ĐM nuôi là chỉ định thay thế phẫu thuật với những trường hợp BN có chống chỉ định, đây là phương pháp ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả cũng như rút ngắn thời gian hồi sức và nằm viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Cherqui D, Rhammouni A, Charlotte F, et al. (1995) "Management of focal nodular hyperplasia and hepatocellular adenoma in young women: a series of 41 patients with clinical, radiological and pathological correlations". *Hepatology*; 22:1674–1681.
- Nguyen BN, Flejou JF, et al. (1999) "Focal nodular hyperplasia of the liver: a comprehensive pathologic study of 305 lesions and recognition of new histologic forms". *Am J Surg Pathol*; 23:1441–1454.
- Herman P, et al. (2000) "Hepatic adenoma and focal nodular hyperplasia: differential diagnosis and treatment". *World J Surg*; 24:372–376.
- Trotter JF, Everson GT. (2001) "Liver tumors benign focal lesions of the liver". *Clin Liver Dis*; 5:17–42.
- Kondo F. (2000) "Focal nodular hyperplasia of the liver: controversy over etiology". *J Gastroenterol Hepatol*; 15:1229–1231.
- Bioulac-Sage P, Balabaud C, Wanless IR. (2001) "Diagnosis of focal nodular hyperplasia: not so easy". *Am J Surg Pathol*; 25:1322–1325.

## DÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI CỦA BÀI THUỐC VL1

LÊ THỊ MINH NGUYỆT

Bệnh viện Y học Cổ truyền - Bộ Công an

### TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Dánh giá hiệu quả điều trị viêm lợi của bài thuốc VL1 thông qua một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng; (2) Theo dõi một số tác dụng không mong muốn của bài thuốc VL1. Phương pháp nghiên cứu: Áp dụng phương pháp thử nghiệm lâm sàng mà có so sánh trước và sau điều trị. Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân viêm lợi đủ điều kiện lựa chọn theo tiêu chuẩn. Điều trị bằng bài thuốc VL1, liều trình 14 ngày. Kết quả nghiên cứu: sau một hai ngày thuốc đã có tác dụng rõ rệt, các triệu chứng sưng nề giảm dần (chỉ số GI giảm) sau 14 ngày điều trị thấy tình trạng lợi được cải thiện tốt. Cụ thể chỉ số lợi giảm rõ rệt trước và sau điều trị: sau điều trị tỷ lệ viêm nặng đã giảm từ 23,33% về 0%; viêm trung bình từ 40% về 16,67%; tỷ lệ viêm nhẹ trước 36,67% tăng lên 63,33%; tỷ lệ lợi bình thường trước điều trị là 0, sau điều trị tăng lên 20%. Không thấy xuất hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc như kích ứng niêm mạc, không làm thay đổi hằng số nội môi về mặt sinh hóa... Kết luận: Bài thuốc VL1 có tác dụng tốt trong điều trị bệnh nhân viêm lợi, không gây tác dụng phụ lại chỗ cung như không ảnh hưởng tới cơ thể và mặt sinh hóa.

Từ khóa: Viêm lợi, bài thuốc VL1, thuốc y học cổ truyền.

### SUMMARY

EVALUATION ON THE EFFECTS OF VL1 LIQUID IN TREATMENT OF GINGIVITIS PATIENTS

Objectives: (1) To evaluate the effects of VL1 liquid in treatment of gingivitis patients; (2) To investigate the unexpected side effects of VL1 liquid. Method: Clinical trial with comparative and control study. The research is carried on 30 gingivitis patients who correspond to diagnosis standards. All the patients are treated by

VL1 liquid, and take a continuous 14 days of treatment. Results: After 14 days of treatment, the edema and pain of patients obviously decreases. An amount of severe gingivitis patients decrease from 23,33% to 0%, moderate gingivitis patients decrease from 40% to 16,67%, mild gingivitis patients increase from 36,67% to 63,33%. Healthy gingiva proportion before treatment was 0%, after 14 days of treatment increases to 20%. Furthermore, the results shows that VL1 liquid has no side effects (mucosa irritation, biochemical indexes changes, etc). Conclusions: VL1 liquid has good effects in treatment of gingivitis patients, and has no unexpected side effects.

Keywords: Gingivitis, VL1 liquid, traditional medicine.

### ĐÁT VĂN ĐÉ

Bệnh răng miệng là một bệnh có tính chất xã hội, bệnh mắc sớm, tỷ lệ cao, chi phí điều trị tốn kém. Bệnh không chỉ gây tổn thương tại chỗ (sưng, đau, ợt lợi, chảy máu, lung lay răng, mất răng...) mà còn ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân và thẩm mỹ của người bệnh. Trong các bệnh răng miệng thì viêm lợi và viêm quanh răng là hay gặp nhất. Viêm lợi là tổn thương viêm cấp tính hay mạn tính xảy ra ở tổ chức phần mềm xung quanh răng. Tổn thương chủ khu trú ở lợi (bờ, nhú lợi, lợi dinh) mà không ảnh hưởng đến xương ổ răng. Nếu bệnh nhân vệ sinh răng miệng tốt và chữa trị kịp thời, lợi sẽ hết viêm và trở lại bình thường. Nếu không điều trị triệt để bệnh dễ tái phát và có thể tiến triển dẫn tới viêm quanh răng. [1]

Năm 1989, Loe và cộng sự phân tích số liệu ở người trên 19 tuổi tại 48 bang của Mỹ thấy có 15% không bị bệnh quanh răng và những người còn lại có 50% số người có viêm lợi mà không có viêm quanh răng. Lưu hành viêm lợi giảm xuống từ 54% ở nhóm tuổi 19-44 xuống 44% ở nhóm 45-64 và chỉ còn 36% ở nhóm tuổi từ 65 trở lên. [2] Trong nước, năm 2004, nghiên cứu cắt ngang về tình trạng bệnh quanh răng ở cộng đồng dân cư vùng đồng bằng Sông Hồng, kết quả cho thấy: Tỷ lệ trẻ em viêm lợi từ 28,1% đến 66%. Đối với người lớn thì tỷ lệ người có bệnh viêm lợi và VQR rất cao ở mức từ 99,16 đến 99,8. Tỷ lệ người VQR rất cao ở mức 68% với người từ 45 tuổi trở lên.

Chủ trách nhiệm: Lê Thị Minh Nguyệt

Địa chỉ: Bệnh viện Y học Cổ truyền – Bộ Công an  
Email: nguyetyhct@yahoo.com

Ngày nhận: 18/7/2016

Ngày phản biện: 30/7/2016

Ngày duyệt bài: 10/8/2016

Ngày xuất bản: 20/9/2016