

Phẫu thuật điều trị u máu gan kích thước lớn: Kinh nghiệm tại một trung tâm với 43 trường hợp

Surgical management of giant hepatic hemangioma: Single center's experience with 43 patients

Vũ Văn Quang, Lê Văn Thành

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị u máu gan kích thước lớn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu các trường hợp đã được phẫu thuật điều trị u máu từ tháng 6 năm 2015 đến tháng 1 năm 2021, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Phẫu thuật đã được thực hiện cho 43 bệnh nhân. Đường kính trung bình của u máu: $8,99 \pm 7,88\text{cm}$ (5 - 28cm). Phẫu thuật được chỉ định cho các trường hợp: Đau bụng (81,4%), kích thước u tăng nhanh (9,3%), nghi ngờ ác tính (9,3%). Cắt u được thực hiện cho 25 (58,1%) bệnh nhân và cắt gan theo giải phẫu cho 18 (41,9%) bệnh nhân. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật: $213,95 \pm 214,18\text{ml}$, số bệnh nhân cần truyền máu: 2 (4,65%) bệnh nhân và thời gian phẫu thuật trung bình: $151,16 \pm 50,61$ phút. Biến chứng sau phẫu thuật xuất hiện ở 8 (18,6%) bệnh nhân, bao gồm: Rò mật 2 (4,65%) bệnh nhân, chảy máu 1 (2,32%) bệnh nhân, tràn dịch màng phổi 4 (9,3%) bệnh nhân, nhiễm khuẩn vết mổ 1 (2,32%) bệnh nhân. Thời gian nằm viện trung bình: $9,02 \pm 1,82$ ngày. **Kết luận:** U máu gan kích thước lớn có thể được điều trị bằng phẫu thuật với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp. U máu ở thùy gan trái, u máu nằm sâu trong nhu mô phân thùy sau và đa u máu thì cắt gan được ưu tiên.

Từ khoá: U máu gan, cắt gan, cắt u máu.

Summary

Objective: To evaluate the outcome of surgical treatment for giant hepatic hemangioma (HH). **Subject and method:** This was a retrospective study of the cases who underwent surgery for giant hepatic hemangioma from June 2015 to January 2021 in 108 Military Central Hospital. **Result:** Elective surgery was performed for 43 patients who had giant hepatic hemangioma. The median diameter of resected hepatic hemangioma was $8.99 \pm 7.88\text{cm}$ (5 - 28cm). Indication of surgery: Pain (81.4%), rapid growth (9.3%), suspicious for malignancy (9.3%). Enucleation was performed for 25 (58.1%) patients and anatomical resection was required in 18 (41.9%) patients. The median blood transfusion was $213.95 \pm 214.18\text{ml}$, the need of blood transfusion was required in 2 (4.65%) patients, and the median operation time was 151.16 ± 50.61 min. Postoperative complications occurred in 8 (18.6%) patients, including: bile leakage 2 (4.65%) patients, bleeding 1 (2.32%) patient, pleural effusion 4 (9.3%) patients, wound infection 1 (2.32%) patient. The average length of hospital stay was 9.02 ± 1.82 days. **Conclusion:** Giant hemangioma can be treated surgically with low incidence of morbidity and mortality. In left lobe hepatic

Ngày nhận bài: 13/5/2021, ngày chấp nhận đăng: 01/6/2021

Người phản hồi: Vũ Văn Quang, Email: quangptth108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

hemangioma, hepatic hemangioma located deeper in posterior hepatic segments and in multiple hepatic hemangioma, hepatic resection is preferred.

Keywords: Hepatic hemangioma, hepatic resection, enucleation.

1. Đặt vấn đề

U máu gan là khối u gan lành tính phổ biến nhất tại gan với tỷ lệ 0,4 - 20% khi khám nghiệm tử thi. Với sự tiến bộ và sử dụng phổ biến các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, u máu không có triệu chứng được chẩn đoán sớm và nhiều hơn. Hầu hết u máu được phát hiện ở nữ (tỷ lệ nữ so với nam là 5:1) và thường gặp trong độ tuổi 30 - 50. Nguyên nhân của u máu không rõ ràng, nó được coi là dị tật mạch máu bẩm sinh và không tăng sinh tế bào [1], [2].

Hầu hết u máu không có triệu chứng và thường được phát hiện tình cờ trong quá trình chẩn đoán hình ảnh và kích thước thường nhỏ, ổn định và có thể được theo dõi định kỳ. U máu kích thước lớn (đường kính > 5cm) có thể không có triệu chứng hoặc gây ra các triệu chứng hoặc biến chứng khác nhau như: Đau bụng, sốt, vàng da và vỡ có thể tự phát hoặc chấn thương [1]. Giảm tiểu cầu có thể xảy ra do sự cô lập tiểu cầu và phá hủy bên trong khối u (Hội chứng Kasabach-Merritt) [1], [2].

Điều trị tối ưu cho u máu gan kích thước lớn còn nhiều tranh luận. Các phương pháp điều trị bao gồm: Theo dõi hoặc can thiệp phẫu thuật. Một số tác giả cho rằng hầu hết u máu gan không cần điều trị và chỉ cần theo dõi thông qua chẩn đoán hình ảnh định kỳ mỗi 6 tháng hoặc hàng năm để đánh giá tiến triển khối u theo thời gian. Các tác giả khác thì điều trị bằng phẫu thuật đặc biệt khi có các biến chứng, các triệu chứng nghiêm trọng, tăng kích thước nhanh, nguy cơ vỡ và chẩn đoán không rõ ràng [1], [2], [3].

Phẫu thuật điều trị u máu gan kích thước lớn bao gồm: Cắt u, cắt gan và ghép gan. Năm 1988, Alper là người đầu tiên mô tả cắt u máu thông qua mặt phẳng giữa u máu và nhu mô gan để bảo tồn nhiều nhất nhu mô gan lành [4]. Phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu và cắt u đều được coi là điều trị triệt để cho u máu. Hầu hết các tác giả ưa thích cắt u vì nó dễ dàng, an toàn, nhanh và biến chứng ít hơn. Trong khi những người khác cho thấy cả phẫu thuật cắt u và cắt gan có kết quả tương tự [2], [3], [5].

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu để cập đến chỉ định cũng như kết quả của phẫu thuật điều trị u máu gan. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị u máu gan kích thước lớn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các trường hợp đã được phẫu thuật điều trị u máu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 6 năm 2015 đến tháng 1 năm 2021.

2.2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu.

Chỉ định phẫu thuật điều trị u máu gan cho những bệnh nhân: (1) Lâm sàng có đau bụng; (2) kích thước tăng nhanh; (3) Nghi ngờ ác tính.

Đánh giá trước phẫu thuật

Khám lâm sàng, xét nghiệm: Albumin, bilirubin, men gan, creatinine, công thức máu, AFP, CEA, CA19-9, và chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography - CT) và/hoặc chụp cộng hưởng từ (Magnetic resonance imaging - MRI).

Kỹ thuật

Mở bụng theo đường trắng giữa hoặc chữ J bên phải. Sau khi thăm dò ổ bụng, di động gan. Sự lựa chọn cắt gan hoặc cắt u phụ thuộc vào vị trí, kích thước, số lượng u máu, thói quen và kỹ năng kỹ thuật của phẫu thuật viên.

Cắt u: Cắt u được thực hiện giữa mặt phẳng nhu mô gan và u máu mà không cắt nhu mô gan lành. Đường mật và mạch máu được bộc lộ, tất cả sẽ được buộc hoặc khâu. Cầm máu diện cắt bằng Bipolar.

Cắt gan theo giải phẫu: Tuỳ thuộc theo vị trí khối u và kích thước u mà tiến hành cắt gan phải, cắt gan trái, cắt phân thùy sau, phân thùy trước, cắt thùy gan trái.

Bước 1: Kiểm soát cuống Glisson chi phối phần gan chứa khối u. Sau đó tiến hành kẹp cuống Glisson, đánh giá diện cắt theo đường thiếu máu.

Bước 2: Cắt nhu mô gan được thực hiện bằng dao siêu âm hoặc Ligasure hoặc CUSA theo đường thiếu máu. Các cuống mạch và đường mật được buộc hoặc khâu bằng prolene 4/0 hoặc 5/0 tùy theo kích thước. Các tĩnh mạch gan được bộc lộ sau hoặc trong quá trình cắt nhu mô. Sau khi loại bỏ phần gan chứa u máu, tiến hành cầm máu diện cắt bằng dao Bipolar. Dẫn lưu có thể được đặt hoặc không. Kẹp cuống gan toàn bộ được thực hiện theo công thức 15/5 phút, tức là thời gian kẹp/tháo được sử dụng trong một số trường hợp để giảm mất máu.

Sau phẫu thuật: Tất cả các bệnh nhân đều được chăm sóc sau mổ như nhau. Các thuốc sử dụng: Kháng sinh dự phòng, giảm đau, đạm gan, albumin, lợi tiểu, bù điện giải. Cho ăn bằng miệng sau mổ ngày thứ 1. Các xét nghiệm chức năng gan được thực hiện vào ngày 1, 3 và 5. Dẫn lưu được rút sau 48 giờ.

Chỉ tiêu nghiên cứu

Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, u máu gan (kích thước, vị trí, số lượng), xét nghiệm máu, chẩn đoán

hình ảnh, chỉ định phẫu thuật. Trong mổ: Loại phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất, số lượng máu phải truyền.

Kết quả gần: Xét nghiệm tế bào máu ngoại, tỷ lệ prothrombin, sinh hóa máu ở ngày 1, ngày 3, ngày 5 sau mổ. Biến chứng: Được tính trong vòng 30 ngày đầu sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, mức độ biến chứng được phân loại theo Clavien-Dindo. Thời gian nằm viện, giải phẫu bệnh.

2.3. Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test thống kê (t-test, Chi-square, Pearson) để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan.

3. Kết quả

Từ tháng 6 năm 2015 đến tháng 1 năm 2021, có 43 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị u máu gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ định phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ định phẫu thuật

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi)	48,67 ± 11,20 (20 - 71)
Giới, n (%)	
Nam	13 (30,2)
Nữ	30 (69,8)
Đau bụng, n (%)	29 (81,6)
Kích thước trung bình u máu (cm)	8,99 ± 7,88 (5 - 28)
Vị trí, n (%)	
Gan phải	27 (62,8)
Gan trái	10 (23,3)
Hạ phân thủy 1	1 (2,3)
Cả 2 bên	5 (11,6)
Số lượng u, n (%)	
Đơn độc	29 (67,4)
Đa u	14 (32,6)
Tiểu cầu (G/l)	232,09 ± 56,55 (64 - 343)
GOT (U/l)	22,49 ± 7,22 (13 - 43)
GPT (U/l)	21,91 ± 13,19 (8 - 58)

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ định phẫu thuật (Tiếp theo)

Đặc điểm	Giá trị
GGT (U/l)	36,58 ± 42,28 (12 - 271)
Bilirubin toàn phần (μ/ml)	12,89 ± 4,49 (5,6 - 26,8)
Chẩn đoán hình ảnh, n (%)	
Siêu âm	43 (100)
CT	41 (95,3)
MRI	2 (4,7)
Chỉ định phẫu thuật, n (%)	
Đau	35 (81,4)
Kích thước tăng nhanh	4 (9,3)
Nghĩ ngờ ác tính	4 (9,3)

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy tỷ lệ nữ chiếm đa số với 69,8%; tuổi trung bình: 48,67 ± 11,20 tuổi. Đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất (81,6%). Kích thước trung bình khối u máu: 8,99 ± 7,88cm; 62,8% khối u nằm bên phải và chủ yếu là khối u đơn độc (67,4%). Chỉ định điều trị phẫu thuật do đau bụng (81,4%), nghi ngờ ác tính (9,3%) và kích thước u máu gan tăng nhanh (9,3%).

3.2. Kết quả trong và sau phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm trong và sau phẫu thuật

Đặc điểm	Giá trị
Loại phẫu thuật, n (%)	
Cắt u	25 (58,1)
Cắt gan theo giải phẫu	18 (41,9)
Lượng máu mất trung bình (ml)	213,95 ± 214,18 (50 - 1100)
Truyền máu	
Số BN phải truyền máu, n (%)	2 (4,7)
Lượng máu truyền trung bình (ml)	600,0 ± 141,4 (500 - 700)
Thời gian phẫu thuật (phút)	151,16 ± 50,61 (60 - 255)
Phương pháp phẫu thuật, n (%)	
Mổ mở	30 (69,8)
Nội soi	13 (30,2)
Biến chứng, n(%)	
Rò mật	2 (4,65)
Chảy máu	1 (2,32)
Tràn dịch màng phổi	4 (9,3)
Nhiễm khuẩn vết mổ	1 (2,32)
Thời gian nằm viện (ngày)	9,02 ± 1,82 (4 - 14)

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy: Cắt u đã được thực hiện cho 25 (58,1%) BN và cắt gan theo giải phẫu ở 18 (41,9%) BN; 69,8% được tiến hành mổ mở. Lượng máu mất trung bình: 213,95 ± 214,18ml và chỉ có

4,7% BN cần truyền máu. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật (18,6%); bao gồm: Tràn dịch màng phổi (9,3%), rò mật (4,65%), chảy máu (2,3%), nhiễm khuẩn vết mổ (2,3%). Không có trường hợp nào suy gan và tử vong sau mổ.

4. Bàn luận

U máu gan là khối u gan lành tính phổ biến nhất và thường gặp nữ hơn nam. Hầu hết các u máu là nhỏ và không có triệu chứng [1].



Hình 1. U máu gan kích thước lớn (28cm)
BN: Phùng Thị Đ., 39 tuổi, số hồ sơ: 19092971.

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của BN: $48,67 \pm 11,20$ tuổi; tỷ lệ BN nữ gặp chủ yếu (69,8%), trong khi đó nam giới chỉ chiếm 30,25%; phần lớn các BN có triệu chứng đau bụng (81,6%), kích thước trung bình khối u: $8,99 \pm 7,88$ cm; khối u nằm bên phải hay gặp nhất (62,8%), khối u gặp cả gan phải và gan trái: 11,6%, có 01 BN khối u nằm hạ phân thủy 1 (2,3%); khối u đơn chiếm đa số (67,4%), đa u (32,6%). Nghiên cứu của Đoàn Ngọc Giao (2009): Tuổi trung bình: $47,6 \pm 8,0$ tuổi (32 - 73 tuổi); tỷ lệ nữ/nam: 8,4/1; đau bụng (100%); kích thước trung bình khối u: $7,9 \pm 4$ cm (4,3 - 27cm) [6]. Tác giả Wahab (2018) nghiên cứu 144 BN u máu được phẫu thuật cho thấy: Tuổi trung bình 44 (20 - 60 tuổi), nữ chiếm đa số (61,1%), đau (92,4%), kích thước trung bình u: 10 (5 - 31) cm, vị trí: Bên phải (64,6%), bên trái (28,5%), hạ phân thủy 1 (6,9%). Số lượng u: Đơn độc (88,9%), đa u (11,2%) [5].

Hầu hết u máu gan đều không có triệu chứng và lành tính, đường kính lớn hơn 5cm có thể gây ra các triệu chứng. Đau bụng là biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất do hậu quả của việc co kéo vỏ gan. Bảng 1

đã cho kết quả tương tự các nghiên cứu khác trên thế giới [2], [3], [5], [6]. Giảm tiểu cầu có thể xảy ra do sự cô lập tiểu cầu và phá hủy bên trong hemangioma (Hội chứng Kasabach-Merritt). Giảm tiểu cầu xảy ra nhiều hơn khi u máu có đường kính > 10cm. Kết quả nghiên cứu gặp 01 bệnh nhân mắc hội chứng này, đường kính khối u lên tới 28cm và tiểu cầu: 64G/l; sau mổ cắt u máu gan, xét nghiệm tiểu cầu đã trở về bình thường. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng gặp bệnh nhân tương tự [2], [5], [7].

Với sự tiến bộ và sử dụng ngày càng nhiều các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác nhau, u máu gan không có triệu chứng được chẩn đoán thường xuyên hơn. Siêu âm có một vai trò có giá trị trong chẩn đoán hầu hết các u máu gan. Chụp cắt lớp vi tính được sử dụng để xác nhận phát hiện khi siêu âm và trong trường hợp phát hiện không rõ ràng của siêu âm. Hình ảnh của u máu gan trên CT là dấu hiệu mống mắt khép kín sau khi tiêm chất cản quang (CT động). MRI rất có giá trị để phân biệt u máu với các tổn thương gan khác, đặc biệt là đối với u máu nhỏ. Chụp động mạch có thể có vai trò trong đánh giá trước phẫu thuật u máu. Sinh thiết gan nên tránh vì có nguy cơ chảy máu trong ổ bụng đe dọa tính mạng [1].

Nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân được siêu âm trước mổ, CT (95,3%), MRI (4,7%). Nghiên cứu của Miura (2014) siêu âm chỉ chiếm 10%, MRI (21,2%), CT (63,9%) [3].

Nhiều lựa chọn để điều trị u máu bao gồm: Theo dõi, đốt nhiệt cao tần, can thiệp mạch và phẫu thuật. Hầu hết u máu có thể được quản lý bằng cách theo dõi. Chỉ định phẫu thuật là tăng nhanh về kích thước, đau, chẩn đoán không chắc chắn, nguy cơ vỡ cao và biến chứng [1], [2], [3].

Nghiên cứu cho thấy: Chỉ định phẫu thuật do đau (81,4%), kích thước tăng nhanh (9,3%), nghi ngờ ác tính (9,3%). Theo tác giả Đoàn Ngọc Giao (2009), chỉ định phẫu thuật do u máu lớn có triệu chứng (77,3%), u máu phát triển có triệu chứng (12,1%), u nghi ngờ ác tính (7,6%), biến chứng (1,5%) [6]. Nghiên cứu của Wahab (2018), chỉ định phẫu thuật do đau (92,4%), kích thước tăng nhanh (2,1%), nghi ngờ ác tính (5,6%) [5]; Miura (2014) chỉ định phẫu

thuật do đau (85%), kích thước tăng nhanh (11,3%), yêu cầu bệnh nhân do lo lắng (3,7%) [3].

Can thiệp phẫu thuật cho u máu gan vẫn còn là một chủ đề gây tranh cãi. Các nghiên cứu trước đây từ các trung tâm gan mật lớn trên thế giới đã đề xuất các chỉ định khác nhau để cắt u máu và thống nhất việc điều trị phẫu thuật u máu có triệu chứng vẫn là một liệu pháp hiệu quả và có thể được thực hiện với tỷ lệ biến chứng thấp [1], [2], [7]. Tuy nhiên, xác định các tiêu chí cho phẫu thuật u máu vẫn còn là một chủ đề còn bàn luận vì một số nghiên cứu hiện nay đã chứng minh rằng việc theo dõi các u máu mà không có triệu chứng, bất kể kích thước là an toàn [1]. Chỉ riêng kích thước của u máu gan không phải là chỉ định của can thiệp phẫu thuật, mặc dù đau bụng và khó chịu thường xuyên hơn với các tổn thương lớn. Một số tác giả báo cáo rằng u máu có đường kính > 10cm có thể có nguy cơ xuất huyết nội, tăng kích thước thêm, hoặc vỡ thì tốt nhất thực hiện can thiệp phẫu thuật [2], [3], [7].

Phẫu thuật điều trị u máu gan bao gồm: Cắt u, cắt gan và ghép gan. Cả cắt gan và cắt u là phương pháp điều trị triệt để cho u máu; có nhiều bàn luận về quy trình lý tưởng để điều trị u máu và hầu hết các tác giả đều ưa thích phương pháp cắt u vì nó dễ dàng, an toàn, nhanh, ít mất máu và biến chứng ít hơn [1], [5]. Nghiên cứu cho thấy: Cắt u (58,1%), cắt gan theo giải phẫu (41,9%). Tác giả Đoàn Ngọc Giao (2009): Cắt gan theo giải phẫu (93,9%), cắt u (6,1%) [6].

Các nghiên cứu cho rằng việc điều trị tốt nhất phải được dựa vào kinh nghiệm phẫu thuật viên, tình trạng bệnh nhân, chức năng còn lại của gan, tình trạng gan, kích thước, số lượng và vị trí của khối u. U máu gan nằm ở thùy trái, sâu trong gan phân thùy sau và nhiều khối u máu thì cắt gan được ưu tiên. Cắt u là phương pháp ưa thích vì trong quá trình phẫu thuật có thể nhận thấy rõ một vành xơ giữa u máu và nhu mô gan [2], [3]. Cắt u có một lợi thế là phẫu thuật chính xác và đơn giản hơn, nguy cơ rò mật thấp hơn so với cắt gan và tránh mất nhu mô gan lành không cần thiết. Zimmermann (1996) phát hiện ra rằng có một mặt phẳng giữa u máu và nhu mô gan. Vì không có ống dẫn mật đi qua mặt phẳng, nên tỷ lệ rò mật sau phẫu thuật thường thấp [8].

Nghiên cứu cho thấy: Lượng máu mất trung bình $213,95 \pm 214,18$ ml, số bệnh nhân cần truyền máu (4,7%) và thời gian phẫu thuật trung bình: $151,16 \pm 50,61$ phút (Bảng 2). Tác giả Đoàn Ngọc Giao (2009) [6]: Lượng máu mất trung bình 278ml, số bệnh nhân cần truyền máu (22,7%) và thời gian phẫu thuật trung bình: $145,6 \pm 55,5$ phút. Miura (2014) [3]: Tỷ lệ BN cần truyền máu (10,9%), số lượng máu mất trung bình: 300ml; Wahab (2018) [5]: Tỷ lệ BN cần truyền máu (34,7%) trong đó có tới 7,6% truyền trên 03 đơn vị khối hồng cầu, số lượng máu mất trung bình: 400ml; thời gian phẫu thuật trung bình: 150 phút. Các nghiên cứu trên thế giới báo cáo rằng nguy cơ mất máu trong phẫu thuật có liên quan đến kích thước u máu, lượng máu mất và truyền máu nhiều hơn đáng kể ở u máu kích thước 10 - 15cm [3], [7].

Trong nghiên cứu, biến chứng sau phẫu thuật gặp 18,6%; bao gồm: Rò mật có 2 (4,65%) BN, trong đó 01 bệnh nhân phải can thiệp đặt stent đường mật qua ERCP; chảy máu: 01 (2,3%) BN, được điều trị bảo tồn thành công; tràn dịch màng phổi là biến chứng gặp nhiều nhất: 04 (9,3%) BN. Không có trường hợp nào suy gan sau mổ.

Zhang [7] đã nghiên cứu 86 bệnh nhân được phẫu thuật cho u máu lớn hơn 10cm, biến chứng gặp 28 (32,6%) BN. Tràn dịch màng phổi: 22 (25,6%) BN, chảy máu: 03 (3,5%) BN, viêm phổi: 01 (1,2%) BN và rò mật: 01 (1,2%) BN. Miura [3] đã thực hiện phẫu thuật cho 241 bệnh nhân bị u máu và báo cáo có 14 (5,7%) BN biến chứng Clavien độ III hoặc biến chứng lớn hơn trong quá trình hậu phẫu. Có 02 (0,8%) BN tử vong sau phẫu thuật. Biến chứng đe dọa tính mạng gặp 03 (1,2%) BN. Liu và cộng sự [2] nghiên cứu trên 141 bệnh nhân có u máu và được chia thành hai nhóm theo kích thước. Trong số tất cả các bệnh nhân, 12 (8,5%) BN biến chứng sau phẫu thuật (3 trường hợp độ I và 9 trường hợp độ II), bao gồm 07 BN rò mật, 03 BN tràn dịch màng phổi và 2 BN nhiễm khuẩn vết mổ. Tác giả nhận thấy: Tỷ lệ biến chứng cao hơn ở những bệnh nhân u máu > 20cm (16,7 so với 5,7%, $p=0,1076$). Không có tỷ lệ tử vong ở một trong hai nhóm.

5. Kết luận

Nghiên cứu qua 43 trường hợp được phẫu thuật điều trị u máu gan kích thước lớn cho thấy: Cắt u

(58,1%), cắt gan theo giải phẫu (41,9%); lượng máu mất trung bình: $213,95 \pm 214,18$ ml, số bệnh nhân cần truyền máu chiếm 4,7%, thời gian phẫu thuật trung bình: $151,16 \pm 50,61$ phút; tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật: 18,6%, trong đó: Tràn dịch màng phổi (9,3%), rò mật (4,65%), chảy máu (2,32%), nhiễm khuẩn vết mổ (2,32%); không có trường hợp nào suy gan và tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình: $9,02 \pm 1,82$ ngày.

Phẫu thuật điều trị u máu kích thước lớn là an toàn và hiệu quả. Điều trị phụ thuộc kinh nghiệm của phẫu thuật viên, tình trạng bệnh nhân, chức năng phần gan còn lại, tình trạng gan, kích thước, số lượng và vị trí của khối u. Cắt u đơn giản hơn cắt gan và tránh mất nhu mô gan lành không cần thiết. Trong trường hợp nằm ở thùy trái, sâu trong nhu mô phân thùy sau và nhiều u máu, cắt gan được ưu tiên. Kích thước của u máu gan có tác động đáng kể đến mức tiểu cầu trước phẫu thuật, mất máu trong quá trình phẫu thuật, truyền máu và thời gian phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo

1. Michael P Curry, Sanjiv Chopra (2021) *Hepatic hemangioma*. Http: www.uptodate.com.
2. Liu Y, Wei X, Wang K, Shan Q, Dai H, Xie H, Zhou L, Xu X, Zheng S (2017) *Enucleation versus anatomic resection for giant hepatic hemangioma: A meta-analysis*. *Gastrointest Tumors* 3(3-4): 153-162.
3. Miura JT, Amini A, Schmock R, Nichols S, Sukato D, Winslow ER, Spolverato G, Ejaz A, Squires MH, Kooby DA, Maithel SK, Li A, Wu MC, Sarmiento JM, Bloomston M, Christians KK, Johnston FM, Tsai S, Turaga KK, Tsung A, Pawlik TM, Gamblin TC (2014) *Surgical management of hepatic hemangiomas: A multi-institutional experience*. *HPB (Oxford)* 16(10): 924-928.
4. Alper A, Ariogul O, Emre A, Uras A, Okten A (1988) *Treatment of liver hemangiomas by enucleation*. *Arch Surg* 123: 660-661.
5. Wahab MA, El Nakeeb A, Ali MA, Mahdy Y, Shehta A, Abdulrazek M, El Desoky M, Abdel Wahab R (2018) *Surgical management of giant hepatic hemangioma: Single center's experience with 144 patients*. *J Gastrointest Surg* 22(5): 849-858.
6. Đoàn Ngọc Giao (2009) *Nghiên cứu chẩn đoán, chỉ định phẫu thuật và kết quả điều trị u máu ở người lớn*. Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y.
7. Zhang W, Huang ZY, Ke CS, Wu C, Zhang ZW, Zhang BX, Chen YF, Zhang WG, Zhu P, Chen XP (2015) *Surgical treatment of giant liver hemangioma larger than 10cm: A single center's experience with 86 patients*. *Medicine (Baltimore)* 94: 1420.
8. Zimmermann A, Baer HU (1996) *Fibrous tumor-liver interface in large hepatic neoplasms: Its significance for tumor resection and enucleation*. *Liver Transpl Surg* 2: 192-199.