

Giảm đau ung thư gan bằng diệt hạch đám rối thần tạng dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính và robot Maxio: Nhân 3 trường hợp

Relief liver cancer pain with celiac plexus blocking under computed tomography and Maxio robot guidance: In three cases

Đinh Gia Khánh, Trần Quốc Tuấn, Nguyễn Duy Hải,
Vũ Minh Tuấn, Đỗ Quang Minh, Bùi Trung Hiếu

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Đau là một triệu chứng phổ biến và làm giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư; đặc biệt khi bệnh đang tiến triển hoặc ở giai đoạn cuối thì kiểm soát đau là một nhu cầu cấp thiết. Kỹ thuật diệt hạch đám rối thần tạng được mô tả lần đầu tiên năm 1914 bởi Max Kappis, được đánh giá là có tác dụng trong điều trị đau khó kiểm soát bằng thuốc, đồng thời làm giảm triệu chứng buồn nôn và nôn nặng ở bệnh nhân ung thư tạng trên mạc treo đại tràng ngang nói chung và ung thư gan nói riêng, không có biến chứng hoặc tác dụng phụ nghiêm trọng. Chúng tôi báo cáo và đưa ra một số nhận xét về 3 trường hợp diệt hạch đám rối thần tạng để giảm đau do ung thư gan tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Từ khoá: Diệt hạch đám rối thần tạng, đau do ung thư, cồn tuyệt đối.

Summary

Pain is a common symptom and reduces the quality of life in cancer patients; especially when the disease is advanced or in the terminal stages, pain control is an urgent need. Celiac plexus blocking was first described in 1914 by Max Kappis, and is considered effective in the treatment of pain that is difficult to be controlled with medication, concurrently relieving nausea and vomiting in patients with upper visceral mesenteric organs cancer in general and liver cancer in particular without any serious complications. We report and give some comments on 3 Celiac plexus blocking applied cases to liver cancer pain relief at Imaging Diagnosis Centre, 108 Military Central Hospital.

Keywords: Celiac plexus blocking, cancer pain, absolute alcohol.

1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 5/5/2021, ngày chấp nhận đăng: 13/12/2021

Người phản hồi: Đinh Gia Khánh, Email: dinhgiakhanhhvqy@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Đau là triệu chứng lâm sàng phổ biến ở bệnh nhân ung thư, với 50% số trường hợp tại thời điểm chẩn đoán và 65 - 85% trong giai đoạn tiến triển, đây cũng là điều ám ảnh nhất đối với người bệnh, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Mặc dù vậy, đau trong ung thư giai đoạn muộn thường khó kiểm soát bằng thuốc, trong đó có các tạng tạng trên mạc treo đại tràng ngang nói chung và ung thư gan nói riêng. Phương pháp diệt hạch thân tạng bằng tiêm cồn tuyệt đối là kỹ thuật đã được chứng minh giúp cải thiện tình trạng đau và giảm sử dụng các thuốc giảm đau gây nghiện ở 70 - 90% bệnh nhân ung thư gan nguyên phát hoặc thứ phát [1]. Tuy nhiên, các bác sĩ điện quang can thiệp thường gặp khó khăn trong việc tiếp cận đám rối thân tạng, bài báo này dẫn chứng 3 trường hợp khó can thiệp từ đường bụng trước và đường bên đã thành công tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ đó so sánh với một số tác giả khác và rút ra bài học kinh nghiệm

Lịch sử diệt đám rối thân tạng trên thế giới với trong nước

Thế giới:

1914: Kappis giới thiệu một kỹ thuật diệt hạch thân tạng qua da.

1946: Pitkin khải quát diệt hạch tạng trong phẫu thuật gây mê.

1947: Gage và Floyed mô tả sử dụng diệt hạch thân tạng giảm đau viêm tụy.

1957: Bridenbaugh và các đồng nghiệp sử dụng diệt hạch thân tạng để điều trị đau của ung thư di căn. Jones nêu tác dụng hủy thần kinh của rượu.

1965: Moore tiếp tục sửa đổi kỹ thuật Kappis và coi diệt hạch tạng như một công cụ quan trọng trong thực hành quản lý đau.

1971: Gorbitz sử dụng chụp X-quang để định hướng diệt hạch thân tạng trong thực hành quản lý đau.

1979: Hegedeus nhấn mạnh tầm quan trọng của hướng dẫn trong việc xác định vị trí chính xác của kim và có sử dụng thuốc cản quang. Moore và Hagga đề nghị chụp CT để định hướng diệt hạch thân tạng [2].

Trong nước:

Ở Việt Nam, kỹ thuật diệt hạch đám rối thân tạng được triển khai trong lĩnh vực ngoại khoa như phẫu thuật cắt dây thần kinh giao cảm trong nội soi lồng ngực hay tiêm cồn diệt hạch kết hợp trong phẫu thuật mở bụng. Các can thiệp này khá sâu nên áp dụng không được rộng rãi vì vậy cần những phương pháp khác tối ưu hơn. Diệt hạch đám rối thân tạng dưới hướng dẫn của cắt lớp là một phương pháp can thiệp đơn giản hơn và hiệu quả cao, đã được nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới đề cập tới.

2003: Bùi Văn Giang và cộng sự tại Bệnh viện Saint Paul tiến hành diệt đám rối thân tạng dưới màn tăng sáng. Các bệnh viện đã thực hiện kỹ thuật này gồm: Bệnh viện K Trung ương, Bệnh viện Hữu nghị Việt- Xô, Bệnh viện Saint Paul, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội... mang lại kết quả khả quan. Nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Thùy và Bùi Văn Giang (2014) đã chứng minh được hiệu quả giảm đau kéo dài của diệt hạch thân tạng ở 85% số bệnh nhân ung thư tạng trên mạc treo đại tràng ngang.

Quy trình kỹ thuật

Bước 1: Xác định vị trí tiêm cồn tuyệt đối và lập kế hoạch trên robot Maxio.

Chuẩn bị tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm yên trên bàn chụp, ngửa hoặc sấp tùy thuộc hướng tiếp cận đám rối tạng, đảm bảo hiệu quả và an toàn nhất. Đặt đường truyền tĩnh mạch, kiểm tra mạch, huyết áp, chức năng đông máu.

Chụp cắt lớp vi tính quanh vị trí T12, L1, ở gốc động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên là ngang mức đám rối thân tạng.

Gửi ảnh vào hệ thống robot định vị Maxio và lập kế hoạch trên robot, bác sĩ sẽ có đường vào và hướng kim được định vị sẵn.

Bước 2: Đưa kim chính xác vào vị trí đám rối thân tạng.

Sát trùng, trải săng lổ, mặc áo và đi găng vô trùng.

Đưa kim Chiba (Italia) 25G vào vị trí đám rối thân tạng dưới hướng dẫn của Robot Maxio.

Chụp lại cắt lớp vi tính.

Block test bằng 3-4 ống lidocain 2% 2ml pha 1ml thuốc cản quang để đánh giá tình trạng giảm đau ổ bụng, nếu tình trạng đau cải thiện là block test dương tính, tiến hành tiêm cồn tuyệt đối.

Bước 3: Tiêm cồn tuyệt đối nồng độ 99,5%, 20 - 30ml.

Bước 4: Chụp kiểm tra lại sau tiêm, cồn tuyệt đối lan quanh vị trí đám rối thân tạng.

Bước 5: Đánh giá kết quả giảm đau theo thang điểm nét mặt VAS sau điều trị 4 tuần và 8 tuần [3].

2. Trường hợp lâm sàng

2.1. Trường hợp 1

Bệnh nhân Hoàng Hữu D, sinh năm 1970. Giới nam. Số hồ sơ 20030534.

Bệnh sử: Ung thư gan di căn hạch thượng vị, đã điều trị hoá xạ trị tại Viện Ung thư, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 2/2019, đáp ứng kém. Mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào gan kém biệt hoá. AFP 750U/ml. Trên phim cắt lớp vi tính có khối hạch thượng vị ngấm thuốc kích thước 4x3cm chèn ép vị trí đám rối thân tạng.

Lý do vào viện: Đau nhiều thượng vị chủ yếu về đêm gây ăn ngủ kém, điểm VAS 7/10, đang dùng ultracet x 6 viên/ngày, morphin 10mg x 2 ống/ngày, ít cải thiện.

Chúng tôi tiến hành can thiệp đường trước, kim Chiba 25G, tiêm 20ml cồn tuyệt đối, sau can thiệp 4 tuần điểm VAS giảm còn 5 - 6/10. Chúng tôi thực hiện can thiệp lần hai, tiêm 20ml cồn tuyệt đối vào khối hạch chèn ép đám rối thân tạng, sau can thiệp lần hai 4 tuần điểm VAS giảm còn 4/10, giảm liều ultracet còn 3 viên/ngày, morphin 1 ống/ngày.



Hình 1. Can thiệp từ phía trước, xuyên qua gan trái, tiêm cồn trực tiếp vào khối hạch di căn

2.2. Trường hợp 2

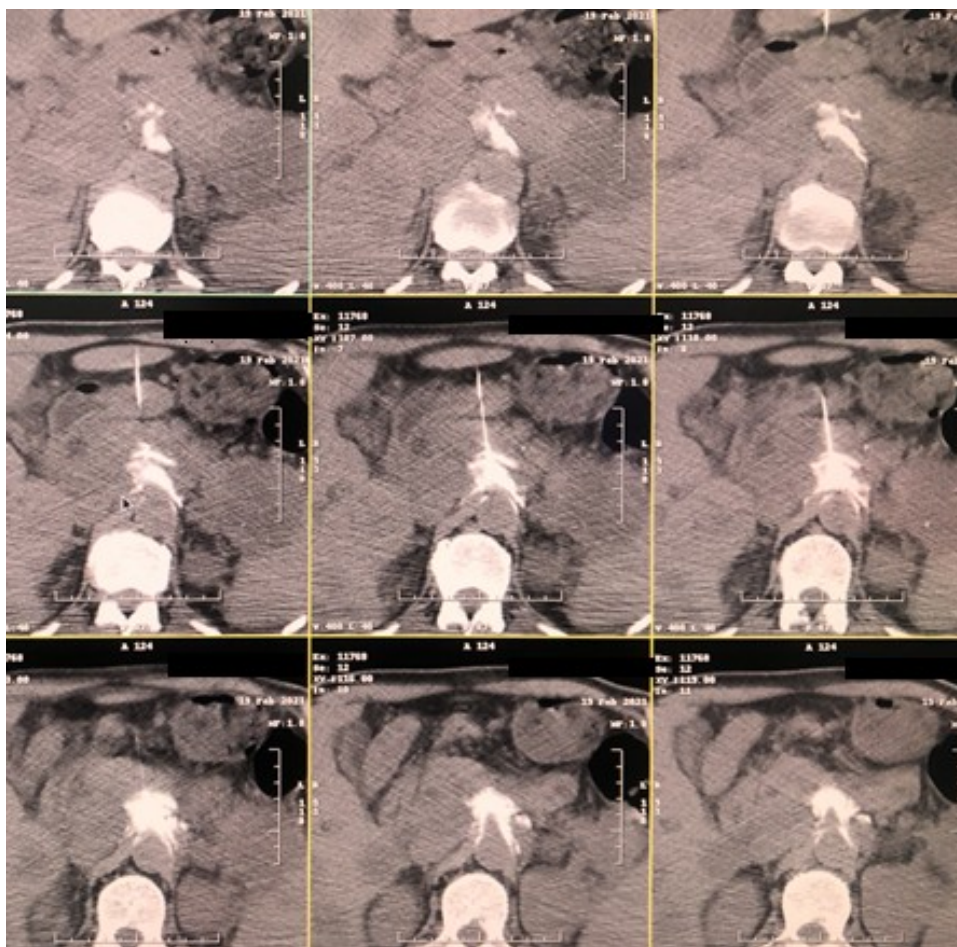
Bệnh nhân Nguyễn Đức L, sinh năm 1962. Giới nam. Số hồ sơ 19052113.

Bệnh sử: HCC đa ổ, phát hiện bệnh tháng 12 năm 2020 chưa điều trị. AFP 1200UI/ml. Trên phim cắt lớp vi tính có nhiều khối hai thùy gan đường kính lớn nhất 3cm, tính chất ngấm và thải thuốc của HCC.

Lý do vào viện: Đau nhiều thượng vị liên tục, ăn ngủ kém, buồn nôn và nôn, điểm VAS 8/10, đang dùng ultracet x 6

viên/ngày, morphin 10mg x 3 ống/ngày, cải thiện ít.

Chúng tôi tiến hành can thiệp từ đường trước, kim Chiba 25G, xuyên qua dạ dày vào đám rối thần tạng, block test bằng 4 ống lidocain 2% 2ml, bơm 20ml cồn tuyệt đối. Sau thủ thuật 4 tuần và 8 tuần điểm VAS giảm xuống 2/10, giảm liều ultracet 1-2 viên/ngày kéo dài đến 3 tháng. Morphine không phải sử dụng. Bệnh nhân tiêu chảy ngay tại phòng theo dõi và kéo dài 3 ngày sau đó; buồn nôn và nôn giảm.



Hình 2. Can thiệp đâm rối thân tạng từ phía trước, xuyên qua gan trái và dạ dày

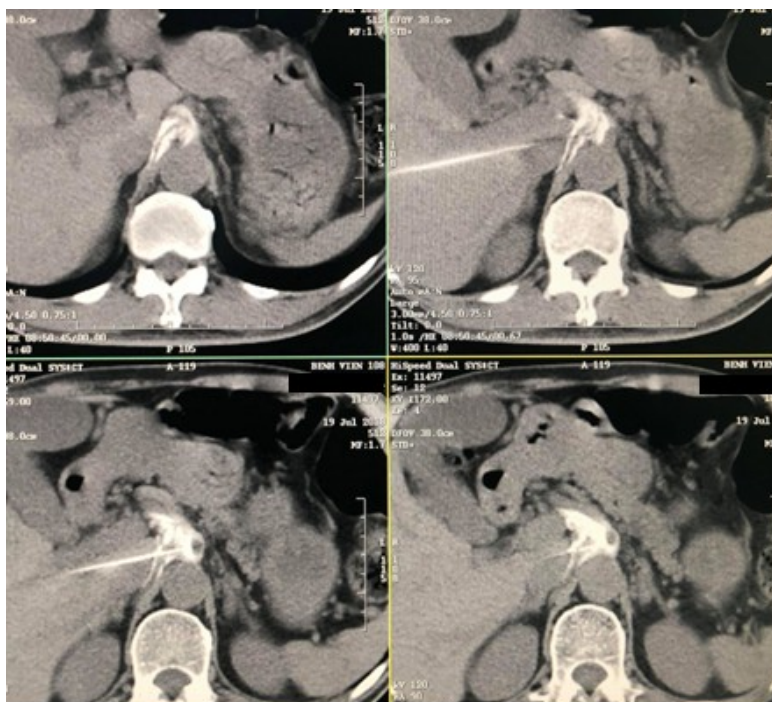
2.3. Trường hợp 3

Bệnh nhân Vũ Xuân C., sinh năm 1954, giới nam, số hồ sơ 18367970.

Bệnh sử: Ung thư tụy di căn gan đã điều trị hoá chất tại Viện Ung thư, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 7 năm 2018. Mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào ống.

Lý do vào viện: Đau dai dẳng liên tục nửa trên ổ bụng do u xâm lấn, ăn ngủ kém, điểm VAS (Visual analogue Scale) 7/10, phải dùng morphin 10mg x 2-4 ống/ ngày, ultracet x 4 viên/ngày.

Chúng tôi tiến hành diệt hạch đám rối thân tạng bằng kim Chiba 25G dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính và robot định vị Maxio. Tuy nhiên, do gan trái có thể tích nhỏ, đại tràng ngang lớn, không thể can thiệp đường trước, chúng tôi quyết định đi đường bên xuyên qua nhu mô gan phải và tĩnh mạch chủ dưới để vào đám rối thân tạng. Sử dụng 25ml cồn tuyệt đối và 4 ống lidocain 2% 2ml để block test. Điểm VAS sau tiêm 4 tuần và 8 tuần còn 3/10, không phải dùng morphin, ultracet giảm xuống 2 viên/ngày. Sau thủ thuật thấy bệnh nhân có hội chứng ngộ độc rượu kéo dài 6 giờ.



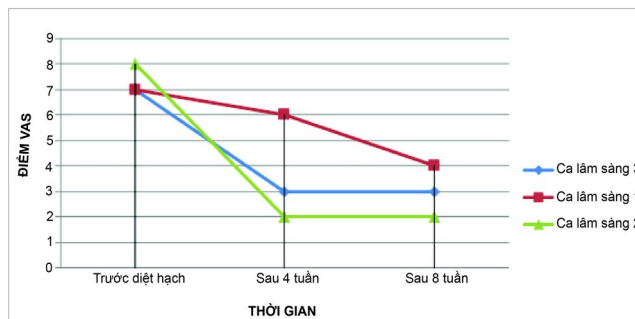
Hình 3. Can thiệp đám rối thần tạng bằng đường bên xuyên qua gan phải

3. Bàn luận

Ba trường hợp trong báo cáo này đều là các ung thư gan nguyên phát hoặc thứ phát, có hạch chèn ép đám rối thần tạng, điểm VAS ≥ 7 điểm, đáp ứng kém với các thuốc giảm bậc I, II, không có rối loạn đông máu, không có nhiễm trùng ổ bụng hoặc tắc ruột. Toàn bộ sử dụng kim Chiba 25G dài 20cm. Lượng cồn tuyệt đối sử dụng là 20 - 25ml. Hướng tiếp cận đám rối tạng có thể từ đường trước xuyên qua dạ dày, đường bên xuyên qua gan hoặc tiêm cồn trực tiếp vào khối u [4]. Kỹ thuật tiếp cận đám rối thần tạng được thực hiện chính xác và nhanh chóng nhờ hướng dẫn của cắt lớp vi tính và robot định vị Maxio, robot xác định hướng và chiều sâu của kim Chiba, giúp kim có thể đến vị trí đích chỉ trong một lần thao tác, từ đó giảm thời gian, liều tia và tổn thương các cơ quan xung quanh.

VAS (Visual Analogue Scale) là thang điểm đo cường độ đau theo nét mặt được thầy thuốc quan sát bằng mắt. Điểm VAS

được đánh giá ở thời điểm 4 tuần và 8 tuần sau điều trị. Liều dùng các thuốc giảm đau cũng như morphin được đánh giá tại các thời điểm sau 24 giờ can thiệp và các lần tái khám. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới, phương pháp diệt hạch đám rối thần tạng có tác dụng giảm đau rõ rệt và cải thiện chất lượng cuộc sống [1], [4]; theo Basinski, hiệu quả giảm đau kéo dài khoảng 85%, nghiên cứu của Levy là 78% [5]. Theo dõi 3 trường hợp chúng tôi có bảng điểm đau VAS như sau:



Biểu đồ 1. Điểm VAS của 3 ca lâm sàng sau 4 tuần và 8 tuần

3 trường hợp chúng tôi báo cáo có điểm VAS giảm sau diệt hạch, tất cả đều giảm được liều morphin hoặc ultracet, giảm triệu chứng buồn nôn và nôn. Đặc biệt ca lâm sàng thứ 2 cho kết quả giảm đau rất tốt (VAS từ 8 xuống 2 kéo dài 3 tháng). Tác dụng không mong muốn như ngộ độc rượu hay tiêu chảy chỉ thoáng qua và được xử trí bằng truyền dịch [6].

Hướng tiếp cận phía trước được Wending đề ra năm 1918, chúng tôi nhận thấy đường tiếp cận phía trước xuyên qua gan trái hoặc dạ dày là khá dễ dàng để đến vị trí tiêm cồn tuyệt đối mà không có biến chứng nghiêm trọng với kim 25G [7], bệnh nhân nằm ngửa dễ chịu hơn nằm sấp nên hợp tác tốt hơn, hạn chế tổn thương thận và nguy cơ tiêm vào động mạch Adamkiewicz gây nhồi máu tuỷ khi can thiệp từ phía sau. Tác giả Lee lựa chọn tiếp cận đường trước cho 18 trong 28 trường hợp nghiên cứu (64%) [5]. Tiếp cận đường bên xuyên qua gan phải được chúng tôi lựa chọn khi gan trái bé, mà không thể xuyên qua đại tràng ngang; mặc dù tương đối an toàn nhưng cần bác sĩ có kinh nghiệm, tránh các mạch máu lớn, đường mật gần và rốn gan, phải kiểm tra xét nghiệm chức năng đông máu trước can thiệp [4].

Về lượng cồn tuyệt đối tiêm, theo Lee tối đa là 30ml cho khoang dưới hoành [5], trong 3 trường hợp chúng tôi báo cáo đều sử dụng 20 - 25ml cồn; số lượng cồn ảnh hưởng đến tác dụng diệt hạch, lượng cồn quá ít hoặc không lan toả quanh đám rối thần tạng thì hiệu quả giảm đau kém.

Về vị trí tiêm cồn tuyệt đối, 2 trên 3 trường hợp tiêm cồn lan toả quanh đám rối thần tạng, 1 trường hợp sau khi tiêm lần 1 kết quả hạn chế đã tiến hành tiêm lần 2 trực tiếp vào khối hạch di căn chèn ép, cho hiệu quả giảm đau kép. Như vậy, ngoài tiêm cồn vào đám rối thì tiêm trực tiếp vào

khối hạch vừa diệt đám rối thần tạng vừa gây hoại tử khối hạch, càng ý nghĩa hơn khi khối di căn này đã kháng hoá xạ trị, bệnh nhân đang được tiến hành theo dõi sau 3 tháng [6].

Về tác dụng không mong muốn của diệt đám rối thần tạng: Tiêu chảy và hội chứng ngộ độc rượu cấp là triệu chứng hay gặp, tiêu chảy do cồn tuyệt đối huỷ giao cảm gây tăng nhu động ruột, ngộ độc rượu do cồn được hấp thu nhanh vào máu, đều được xử trí bằng truyền dịch, không nghi nhận biến chứng lớn. Các bệnh nhân được theo dõi tại phòng can thiệp và tại khoa 24 giờ [4], [5], [8].

5. Kết luận

Diệt hạch đám rối thần tạng dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính và robot Maxio là phương pháp điều trị giảm đau ít xâm lấn, chính xác, có hiệu quả tốt trong ung thư gan nguyên phát và thứ phát, có thể can thiệp từ nhiều hướng với kim 25G. Lượng cồn tuyệt đối sử dụng khoảng 20 - 25ml, lượng cồn ít hoặc không lan toả quanh đám rối thần tạng thì hiệu quả giảm đau kém. Tiêm trực tiếp cồn vào khối u hoặc khối hạch di căn có tác dụng kép loại bỏ một phần khối u và hoại tử của đám rối thần tạng. Tuy nhiên, với số lượng bệnh nhân chưa nhiều, chúng tôi vẫn cần tiếp tục thống kê theo dõi để tăng mẫu nghiên cứu trong các báo cáo tiếp theo.

Tài liệu tham khảo

1. Wong GY et al (2004) *Effect of neurolytic celiac plexus block on pain relief, quality of life, and survival in patients with unresectable pancreatic cancer: A randomized controlled trial.* *Jama* 291(9): 1092-1099.
2. Carr DB et al (2004) *Evidence report on the treatment of pain in cancer patients.* *J Natl Cancer Inst Monogr* 32: 23-31.

3. Arcidiacono PG et al (2011) *Celiac plexus block for pancreatic cancer pain in adults*. Cochrane Database Syst Rev 3: d007519.
4. Sachdev AH and Gress FG (2018) *Celiac plexus block and neurolysis: A review*. Gastrointest Endosc Clin N Am 28(4): 579-586.
5. Lee JM (2000) *CT-guided celiac plexus block for intractable abdominal pain*. J Korean Med Sci 15(2): 173-178.
6. Bahn BM and Erdek MA (2013) *Celiac plexus block and neurolysis for pancreatic cancer*. Curr Pain Headache Rep 17(2): 310.
7. Kambadakone A et al (2011) *CT-guided celiac plexus neurolysis: A review of anatomy, indications, technique, and tips for successful treatment*. Radiographics 31(6): 1599-621.
8. Gupta R et al (2021) *Celiac Plexus Block Complications: A Case Report and Review of the Literature*. J Palliat Med 24(9): 1409-1412.