

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân rung nhĩ có tỷ lệ mắc OSA khá cao, OSA đi kèm với tỷ lệ cao các triệu chứng hội hộp đánh trống ngực, rối loạn nhịp và những biến đổi cấu trúc tim trên siêu âm. Việc nhận diện sớm các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng này có giá trị định hướng tầm soát OSA trên bệnh nhân RN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al.** Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *Jama*. May 9 2001; 285(18): 2370-5. doi:10.1001/jama.285. 18.2370
2. **Ryan S.** Mechanisms of cardiovascular disease in obstructive sleep apnoea. *J Thorac Dis*. Dec 2018;10(Suppl 34):S4201-s4211. doi:10.21037/

jtd.2018.08.56

3. **Gami AS, Pressman G, Caples SM, et al.** Association of atrial fibrillation and obstructive sleep apnea. *Circulation*. Jul 27 2004;110(4):364-7. doi:10.1161/01.Cir.0000136587.68725.8e
4. **Nguyễn Ngọc Phương Thư, Dương Hiệp Hồ và cộng sự.** Tần suất ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở người bệnh rung nhĩ không do bệnh van tim. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;548(Số 2 tháng 3):388-391.
5. **Laczay B, Faulx MD.** Obstructive Sleep Apnea and Cardiac Arrhythmias: A Contemporary Review. *J Clin Med*. Aug 24 2021;10(17):doi: 10.3390/jcm10173785
6. **Dương Minh Quý và Hoàng Anh Tiến.** Nghiên cứu hội chứng ngưng thở khi ngủ dạng tắc nghẽn ở bệnh nhân nhồi máu não. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2021;93:57-63.
7. **Ayache MB, Mehra R, Mayuga KA.** Should I evaluate my patient with atrial fibrillation for sleep apnea? *Cleve Clin J Med*. Nov 2019;86(11):709-712. doi:10.3949/ccjm.86a.19033

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT SAU PHẪU THUẬT TIÊU HÓA

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Dương Trọng Hiền³,
Trương Ngọc Sơn⁴, Nguyễn Văn Biển^{4,5}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, an toàn và một số yếu tố liên quan đến hiệu quả của phương pháp can thiệp nút mạch cầm máu trong điều trị chảy máu sau phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu, thực hiện từ tháng 09/2019 đến tháng 06/2025. 28 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng hoặc xuất huyết tiêu hóa (XHTH) sau phẫu thuật tiêu hóa – gan mật tụy và can thiệp nút mạch cầm máu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Trong số 28 BN có 18 nam và 10 nữ, độ tuổi trung bình là 65,82 trong đó thấp nhất là 33 tuổi, cao nhất 92 tuổi. Tiền sử phẫu thuật bao gồm cắt đoạn ống tiêu hóa (28,6%), cắt khối tá tụy (28,6%), phẫu thuật gan mật (21,4%), khâu lỗ thủng dạ dày – tá tràng (14,3%) và phẫu thuật rò tiêu hóa (7,1%). Sau can thiệp, tỷ lệ

thành công về kỹ thuật đạt 100% (28/28), tỷ lệ thành công lâm sàng đạt 82,8% (23/28). Các yếu tố có thể liên quan đến thất bại lâm sàng bao gồm việc mắc từ 02 bệnh lý phổi hợp trở lên, giảm Hemoglobin (Hb) đáng kể (giảm > 30 g/l) và tuổi cao (> 70 tuổi) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Không có bệnh nhân nào có biến chứng liên quan trực tiếp đến can thiệp. Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau nút mạch là 17,85% (5/28), trong đó 3 BN tử vong do chảy máu tái phát kết hợp với các yếu tố tăng nặng khác như viêm phổi, suy kiệt và bệnh lý mạn tính, 2 BN tử vong do nhiễm trùng nặng và suy đa tạng mà không liên quan đến chảy máu tái phát. **Kết luận:** Can thiệp nút mạch cầm máu là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị chảy máu sau phẫu thuật tiêu hóa. Đặc biệt là những bệnh nhân có kết hợp cả chảy máu tiêu hóa và chảy máu trong ổ bụng, thất bại với nội soi. **Từ khóa:** chảy máu sau mổ, can thiệp nội mạch, phẫu thuật tiêu hóa

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT AND SOME RELATED FACTORS OF ENDOVASCULAR INTERVENTION IN THE MANAGEMENT OF POSTOPERATIVE HEMORRHAGE IN

GASTROENTEROLOGICAL SURGERY

Objective: To assess the effectiveness, safety, and some related factors of endovascular embolization in the treatment of postoperative bleeding in

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

³Khoa Phẫu thuật cấp cứu tiêu hóa

⁴Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

⁵Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Biển

Email: nguyenvanbien@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025

gastrointestinal surgery at Viet Duc Hospital.

Subjects and Methods: Cross-sectional descriptive study with retrospective and prospective data collection, conducted from September 2019 to June 2025. Twenty-eight patients diagnosed with intra-abdominal bleeding or gastrointestinal hemorrhage (GIH) after gastrointestinal-hepato-pancreatic surgery who underwent embolization at Viet Duc Hospital were included. **Results:** Among the 28 patients, there were 18 males and 10 females, with an average age of 65.82 years (ranging from 33 to 92). Surgical history included bowel resection (28.6%), pancreaticoduodenectomy (28.6%), hepatobiliary surgery (21.4%), gastric-duodenal perforation repair (14.3%), and gastrointestinal fistula surgery (7.1%). Technical success was achieved in 100% (28/28), and clinical success was 82.8% (23/28). Factors potentially associated with clinical failure included having two or more comorbidities, significant hemoglobin decrease (>30 g/L), and age over 70, though these differences were not statistically significant. No complications directly related to the intervention were observed. The 30-day mortality rate post-embolization was 17.85% (5/28); among these, three died due to recurrent bleeding combined with other factors such as pneumonia, cachexia, and chronic diseases; two died from severe infections and multiorgan failure unrelated to recurrent bleeding. **Conclusion:** Endovascular embolization is a safe and effective method for managing postoperative gastrointestinal bleeding, especially in patients with both intra-abdominal and gastrointestinal hemorrhage who fail endoscopic treatment.

Keywords: postoperative bleeding, endovascular intervention, gastrointestinal surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính toàn cầu, mỗi năm có khoảng 234 triệu ca phẫu thuật lớn được thực hiện, trong đó phẫu thuật tiêu hóa bao gồm cả phẫu thuật ống tiêu hóa và các phẫu thuật gan mật tụy chiếm tỷ lệ đáng kể, đặc biệt ở các trung tâm chuyên sâu về tiêu hóa và gan mật [1]. Cùng với số lượng lớn các trường hợp can thiệp ngoại khoa, tỷ lệ biến chứng hậu phẫu cũng tăng theo. Trong đó chảy máu sau mổ là một biến chứng nghiêm trọng, xử trí phức tạp do hệ thống mạch nuôi phong phú với nhiều kết nối phức tạp của ống tiêu hóa và gan mật tụy. Tùy thuộc vào loại phẫu thuật, tỷ lệ chảy máu sau mổ tiêu hóa có thể khác nhau, trong đó tỷ lệ chảy máu sau mổ cắt dạ dày là dao động từ 0.27 đến 2% [2] và tỷ lệ sau mổ cắt khối tá tụy từ 4-16% [3]. Biến chứng này không chỉ ảnh hưởng đến thời gian nằm viện và chi phí điều trị, mà còn làm gia tăng tỷ lệ tử vong (có thể lên đến 31-54%) nếu không được can thiệp kịp thời [4].

Điều trị chảy máu sau mổ bao gồm điều trị bảo tồn (truyền máu, theo dõi), phẫu thuật lại (mổ mở hoặc nội soi) và can thiệp nội mạch cầm

máu (transcatheter arterial embolization – TAE). Trong đó, phẫu thuật lại từng là lựa chọn kinh điển, nhưng có một số nhược điểm: sẹo mổ cũ gây khó khăn trong thao tác, hạn chế trường nhìn, khó định vị điểm chảy máu và gia tăng nguy cơ tổn thương mô lành. Ngày nay, vai trò của can thiệp nội mạch ngày càng được khẳng định nhờ tính ít xâm lấn, thời gian thực hiện ngắn, khả năng xác định chính xác điểm chảy máu và tỷ lệ kiểm soát xuất huyết cao. Các nghiên cứu gần đây đã ghi nhận tỷ lệ thành công kỹ thuật của TAE lên đến 85-95%, với tỷ lệ biến chứng như nhồi máu ruột thấp [5-7].

Tại Việt Nam, mặc dù can thiệp nội mạch đã được ứng dụng ngày càng rộng rãi, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả thực tế và các yếu tố tiên lượng liên quan đến thành công hay biến chứng của phương pháp này trong điều trị chảy máu sau phẫu thuật tiêu hóa. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *"Đánh giá hiệu quả điều trị và một số yếu tố liên quan của can thiệp nội mạch trong điều trị xuất huyết sau phẫu thuật tiêu hóa"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu sau phẫu thuật tiêu hóa – gan mật tụy bằng nội soi và/hoặc bằng chụp cắt lớp vi tính (CLVT), được chỉ định chụp và can thiệp nút mạch cầm máu như điều trị đầu tay hoặc sau khi can thiệp nội soi/phẫu thuật cầm máu nhưng không hiệu quả.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân không đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn; BN xuất huyết do phẫu thuật ngoài tiêu hóa; hoặc không có đầy đủ hồ sơ đáp ứng tiêu chí đánh giá

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian: từ tháng 09 năm 2019 đến tháng 06 năm 2025.

2.2.2. Địa điểm: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

2.3. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ bệnh nhân đủ điều kiện tham gia trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Quy trình chụp và can thiệp nút mạch: Tất cả các trường hợp đều được chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) đánh giá tổng thể động mạch thân tạng và mạc treo tràng trên, quy trình thực hiện với catheter 5F (Yashiro, Terumo, Japan). Chụp siêu chọn lọc bằng microcatheter 1.8-2.7F (Progreat, Terumo, Japan) các nhánh mạch động mạch nghi ngờ tổn thương dựa vào vị trí xác định trên CLVT

và/hoặc nội soi. Khi thuốc cản quang hiện hình ổ giả phình/thoát thuốc hoặc ổ tăng sinh mạch quanh vùng nghi ngờ tổn thương, thủ thuật nút mạch sẽ được thực hiện theo kỹ thuật Sandwich (khi có vòng nối rộng rãi) hoặc nút siêu chọn lọc nhánh mạch tổn thương ở các nhánh mạch tận. Những trường hợp DSA không thấy tổn thương, can thiệp nút mạch dựa trên vị trí kẹp clip đánh dấu của nội soi hoặc dựa vào vị trí chảy máu trên CLVT trước đó. Cuối cùng tiến hành chụp kiểm tra tổng thể ĐM tổn thương và các ĐM có tuần hoàn bằng hệ với ĐM tổn thương để kiểm tra có hay không dòng cấp máu đảo ngược cho vùng chảy máu.

Đánh giá kết quả điều trị: Thành công về mặt kỹ thuật của phương pháp nút mạch được xác định khi tổn thương được loại bỏ hoàn toàn trên hình ảnh chụp mạch kiểm tra sau nút mạch.

Thành công của phương pháp về mặt lâm sàng được xác định khi không có chảy máu tái phát trong vòng 30 ngày và không có tử vong liên quan đến chảy máu sau can thiệp.

2.6. Biến số nghiên cứu: Các thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng trước can thiệp cũng như đặc điểm tổn thương, kỹ thuật và vật liệu trong can thiệp được thu thập; Hiệu quả điều trị được đánh giá bằng tỷ lệ thành công về kỹ thuật và thành công về lâm sàng. Tính an toàn của phương pháp được đánh giá theo tỷ lệ biến chứng liên quan đến thủ thuật trong và sau quá trình can thiệp. Tỷ lệ chảy máu tái phát, tỷ lệ chuyển phẫu thuật và tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày cũng được thống kê.

Phân tích số liệu: Tính toán và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Đánh giá các biến số chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau can thiệp, kỹ thuật và các vật liệu can thiệp, kết quả sau can thiệp. Mô hình hồi quy đơn biến và đa biến được sử dụng để đánh giá một số yếu tố liên quan đến thành công về lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 28 bệnh nhân được can thiệp nút mạch do chảy máu sau phẫu thuật tiêu hóa – gan mật tụy tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, chúng tôi có kết quả nghiên cứu sau

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân

Đặc điểm		N (%)
Giới tính	Nam	18 (64,3%)
	Nữ	10 (35,7%)
Tuổi	65,82 ± 13,64 (33-92)	
Loại phẫu thuật	Cắt đoạn ống tiêu hóa	8 (28,6%)
	Cắt khối tá tụy	8 (28,6%)
	Gan mật	6 (21,4%)

	Khâu lỗ thủng dạ dày	4 (14,3%)
	Rò tiêu hóa	2 (7,1%)
Thời gian xuất hiện biến chứng kể từ phẫu thuật	<7 ngày	10 (35,7%)
	7-30 ngày	12 (42,9%)
	<30 ngày	6 (21,4%)
Lâm sàng	Đau bụng	24 (85,7%)
	Nôn máu	7 (25%)
	Phân đen	20 (71,4%)
	Dẫn lưu ra máu	12 (42,9%)
Mức độ giảm Hb BARC Scale	Đáng kể (giảm ≥30 g/l)	17 (60,7)
	Nhẹ (giảm <30 g/l)	11 (39,3%)
Rối loạn đông máu (Tiểu cầu <50 G/L và/hoặc PT <70%)		14 (50%)
Truyền máu trước can thiệp		15 (53,5%)
Vận mạch trước can thiệp		8 (28,6%)
Huyết áp tâm thu	< 90	4 (14,3%)
	≥ 90	24 (85,7%)

Trong số 28 BN tham gia nghiên cứu có 18 nam và 10 nữ, độ tuổi trung bình 65,45 ± 13,5 (từ 33 đến 92 tuổi). Tiền sử phẫu thuật chủ yếu là cắt đoạn ống tiêu hóa, phẫu thuật tá – tụy và gan mật chiếm đến (78,6%), ngoài ra số ít sau khâu thủng dạ dày và phẫu thuật rò tiêu hóa. Đa số biến chứng chảy máu xuất hiện trong 30 ngày sau mổ, khá tương đồng ở nhóm dưới 7 ngày và trên 7 ngày với tỷ lệ lần lượt (35,7%) và (42,9%), có 6 trường hợp xuất hiện muộn sau 30 ngày. 12/28 bệnh nhân (42,9%) có chảy máu qua dẫn lưu ổ bụng hoặc sonde dạ dày. Xét nghiệm trước can thiệp cho thấy có 12 trường hợp (42,9%) có giảm Hb đáng kể (> 30g/l), 14 trường hợp có rối loạn đông máu (50%), 15 BN phải truyền máu và 8 BN phải dùng vận mạch. Huyết áp tâm thu tại thời điểm can thiệp được duy trì > 90mmHg ở 24 BN (85,7%) trong khi có 7 BN có HATT < 90mmHg (14,3%).

Bảng 2. Đặc điểm kỹ thuật can thiệp và các yếu tố liên quan

Loại chảy máu	XHTH	19 (67,9%)
	Chảy máu trong ổ bụng	4 (14,3%)
	Cả hai	5 (17,9%)
Chụp CLVT trước can thiệp	Chụp	27 (96,4%)
	Phát hiện tổn thương	25/27 (92,6%)
Nội soi trước can thiệp	Thực hiện	9 (32,1%)
	Can thiệp cầm máu	6 (21,4%)
Vị trí tổn thương DSA	ĐM vị tá tràng	14 (50%)
	ĐM gan	9 (32,1%)
	Nhánh Tá tụy	4 (14,3%)
	ĐM vị trái	3 (10,7%)

Hình thái tổn thương DSA	Giả phình, thành mạch nhăm nhở	15 (53,6%)
	Thoát thuốc	12 (42,9%)
	Không thấy tổn thương	1 (3,6%)
Kỹ thuật nút mạch	Cô lập	13 (46,4%)
	Tắc cuống	14 (50%)
	Bao vây	1 (3,6%)
Vật liệu nút mạch	Coils	3 (10,7%)
	Histoacryl	9 (32,1%)
	Coil + Keo	15 (53,6%)
	Coil + PVA	1 (3,6%)

Trong nhóm DTNC có 19 trường hợp biểu hiện XHTH, 4 TH chảy máu trong ổ bụng và 5 trường hợp có cả hai biểu hiện trên. 27 BN (96,4%) được chụp CLVT trước can thiệp, phát hiện tổn thương trực tiếp ở 25/27 BN (92,6%), 2 BN không có dấu hiệu trực tiếp nhưng có dấu hiệu gián tiếp như máu tụ trong lòng ruột, trong ổ bụng cạnh vị trí phẫu thuật. Nội soi chỉ được thực hiện ở 9 trường hợp, chiếm 32,1%, trong đó tiến hành cầm máu trong 6 trường hợp nhưng đều không thành công về lâm sàng.

Các BN phát hiện tổn thương trên DSA được tiến hành nút theo kỹ thuật sandwich (cô lập tổn thương) hoặc tắc cuống tùy thuộc vị trí nhánh

tổn thương và bàng hệ, 01 BN không phát hiện tổn thương được nút bao vây dựa trên vị trí chảy máu trên CLVT trước đó.

Bảng 3. Đặc điểm kết quả can thiệp

Đặc điểm can thiệp		N(%)
Thành công về kỹ thuật		28 (100%)
Thành công về lâm sàng	Có	23 (82,1%)
	Không	5 (17,9%)
Tình trạng sau can thiệp 30 ngày	Tử vong	5 (17,9%)
	Ổn định	23 (82,1%)
Số ngày nằm viện trung bình sau can thiệp		12,17 ± 7,94 (1-34)

100% các trường hợp cho thấy thành công về mặt kỹ thuật, trong đó 82,1% đạt thành công về lâm sàng khi không còn các dấu hiệu chảy máu tái diễn, tái phát. Không có trường hợp nào ghi nhận các biến chứng liên quan đến thủ thuật can thiệp.

Sau 30 ngày có 5 bệnh nhân tử vong (17,9%) trong đó 3 trường hợp có liên quan đến chảy máu tái diễn có kèm theo các yếu tố tăng nặng khác như viêm phổi, suy kiệt, bệnh lý mạn tính đã được nói đến ở trên. 2 trường hợp tử vong do thời gian nằm viện kéo dài, nhiễm trùng nặng, suy đa tạng mà không liên quan đến chảy máu tái phát.

Bảng 4. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến đánh giá một số yếu tố liên quan

		Thành công về lâm sàng		Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
		Không	Có	OR (CI 95%)	p	OR* (CI 95%)	p*
Tuổi	≥70	2 (16,7%)	10 (83,3%)	0,867(0,12-6,21)	0,88	4,17(0,07-235,89)	0,48
	<70	3 (18,8%)	13 (81,2%)	1		1	
Bệnh phổi hợp	≥2	4 (36,4%)	7 (63,6%)	9,14(0,86-97,27)	0,06	13,37(0,58-307,09)	0,10
	≤1	1 (5,9%)	16 (94,1%)	1		1	
Hatt (mmHg)	<90	2 (50%)	2 (50%)	7,00(0,70-70,05)	0,09	3,29(0,15-72,72)	0,45
	≥90	3 (12,5%)	21 (87,5%)	1		1	
Mức độ mất máu	Đáng kể	3 (27,3%)	8 (72,7%)	2,81(0,39-20,46)	0,31	4,58(0,14-150,37)	0,39
	Nhẹ	2 (11,8%)	15 (88,2%)	1		1	
Rối loạn đông máu	Có	3 (21,4%)	11 (78,6%)	1,64(0,23-11,70)	0,62	0,33(0,01-10,96)	0,54
	Không	2 (14,3%)	12 (85,7%)	1		1	
Hemoglobin trước can thiệp (g/l)	<80	2 (28,6)	5 (71,4%)	2,4(0,31-18,55)	0,40	0,45(0,08-25,02)	0,70
	80-120	3 (14,3%)	18 (82,1%)	1		1	
Hematocrit trước can thiệp (%)	<25	3 (21,4%)	11 (78,6%)	1,636(0,23-11,7)	0,62	2,58(0,09-75,59)	0,58
	25-35	2 (17,9%)	12 (82,1%)	1		1	

Mô hình hồi quy đa biến cho thấy mắc từ 02 bệnh lý phổi hợp, mức độ mất máu và tuổi là các yếu tố cho thấy xu hướng có thể liên quan đến sự gia tăng thất bại lâm sàng với OR cao lần lượt 4,17; 13,37 và 4,58, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$ và CI 95% chứa giá trị 1).

IV. BÀN LUẬN

Chảy máu sau mổ luôn là một biến chứng

tiềm tàng và đe dọa tính mạng sau phẫu thuật đặc biệt là phẫu thuật liên quan đến tiêu hóa. Chảy máu sớm (thường trong 24h đầu hoặc có thể muộn hơn trong vài ngày đầu sau mổ) thường do tổn thương mạch trực tiếp liên quan đến kỹ thuật trong mổ. Biến chứng muộn hơn có thể do nhiều nguyên nhân gây tổn thương mạch gián tiếp như loét miệng nổi, rò dịch ruột, dịch tụy, áp xe trong ổ bụng, .. [4, 5]. Trong nghiên

cứu của chúng tôi, nhóm biến chứng xuất hiện trước 7 ngày và sau 7 ngày có tỷ lệ gần tương đồng, cho thấy hai nhóm nguyên nhân này đều đang song hành gây ra biến chứng chảy máu sau mổ, cần có các biện pháp tránh tổn thương mạch trong mổ cũng như tránh các biến chứng loét miệng nổi, rò tiêu hóa, dịch tụy sau mổ để giảm tỷ lệ biến chứng.

Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là cần thiết để giảm tỷ lệ tử vong của chảy máu sau mổ. Các trường hợp nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa đơn thuần với các biểu hiện nôn máu, đi ngoài phân đen hay chảy máu qua sonde dạ dày, nội soi được coi là phương tiện chẩn đoán ban đầu và có thể tiến hành điều trị cầm máu nếu có thể. Tuy nhiên việc can thiệp cầm máu qua nội soi có thể kém hiệu quả do khó tiếp cận vị trí chảy máu, nhiều máu cục máu đông trong ống tiêu hóa [8]. CLVT là phương tiện chẩn đoán thay thế nội soi khi nghi ngờ có tổn thương phổi hợp như chảy máu trong ổ bụng, tổn thương phổi hợp,..[9]. Tuy nhiên CLVT chỉ nên được chỉ định trong trường hợp huyết động bệnh nhân ổn định [9]. Ngày nay, DSA dần trở thành phương tiện chẩn đoán và điều trị được ưu tiên, các nghiên cứu cho thấy khác với độ nhạy thấp trong phát hiện xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân không phẫu thuật, các BN chảy máu sau mổ cho thấy khả năng phát hiện tốt khi chụp DSA và dao động trong khoảng trên dưới 80% [4]. Do đó, DSA nên được xem xét là lựa chọn đầu tay cho chẩn đoán và điều trị chảy máu sau mổ, đặc biệt ở những bệnh nhân có huyết động không ổn định.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân có huyết động không ổn định được chụp và can thiệp DSA ngay từ đầu, 27 bệnh nhân được chụp CLVT trước can thiệp với tỷ lệ phát hiện tổn thương trực tiếp đạt 92,5%. 27/28 BN phát hiện tổn thương trên DSA (đạt 96,4%). Tỷ lệ này cao hơn trong các nghiên cứu khác, có thể giải thích việc lựa chọn nhóm DTNC, cũng như đặc thù của cơ sở nghiên cứu là tuyến cuối với các bệnh nhân nặng, tổn thương rõ ràng được chuyển đến từ các cơ sở khác.

Về điều trị, việc lựa chọn vật liệu nút mạch vẫn là vấn đề tranh cãi, coil thường được sử dụng cho các mạch có đường kính lớn hơn 2mm, đặc biệt là các mạch tận, vì chúng tạo tắc nghẽn cơ học hiệu quả và có thể ngừng chảy máu lâu dài. Tuy nhiên, sử dụng coils đơn thuần có tỷ lệ chảy máu tái phát cao do phụ thuộc tình trạng đông máu. Ngược lại, N-butyl cyanoacrylate (NBCA) được sử dụng trong trường hợp có nguy cơ tuần hoàn bàng hệ hoặc tổn thương nhỏ không thể chọn lọc, mang lại khả năng tắc mạch

triệt để hơn. Tuy nhiên, keo cũng kèm theo gia tăng nguy cơ về thiếu máu, hẹp lòng ruột. Một số vật liệu khác cũng được sử dụng như PVA, Spongell. Việc kết hợp các vật liệu như coils và NBCA có thể giúp tối ưu hóa hiệu quả cầm máu, tùy thuộc vào hình thái và vị trí tổn thương, đồng thời giảm thiểu các nguy cơ tiềm ẩn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 15/28 BN được sử dụng kết hợp coil và NBCA, 12 BN dùng độc lập Coil hoặc keo và 1 BN được nút bằng hạt PVA do có tăng sinh mạch từ nhánh nhỏ.

Về hiệu quả, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng can thiệp nội mạch cho tỷ lệ kiểm soát chảy máu tốt với biến chứng sau nút mạch thấp, tuy nhiên một số biến chứng vẫn có thể xảy ra [4]. Các biến chứng chủ yếu liên quan đến việc di chuyển vật liệu nút mạch, gây thiếu máu tạng và hoại tử dạ dày, ruột. Trong nghiên cứu này tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng đạt 82,8%, tương tự trong nghiên cứu khác [4]. Các yếu tố đường như liên quan đến thất bại lâm sàng bao gồm tình trạng nhiều bệnh lý phổi hợp, giảm Hb đáng kể trước can thiệp và tuổi cao (>70 tuổi), tuy nhiên mối liên hệ này không có tính thống kê ($p > 0,05$) khi phân tích mô hình hồi quy đơn biến và đa biến, cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để xác định. Không ghi nhận trường hợp nào có nhồi máu ruột hay biến chứng liên quan trực tiếp đến thủ thuật khác cho thấy việc đánh giá đầy đủ tổn thương, lựa chọn vật liệu phù hợp hoàn toàn có thể làm giảm nguy cơ nhồi máu ruột. Tỷ lệ tử vong chung của nghiên cứu chỉ 17,9%, thấp hơn trong các nghiên cứu tương tự cũng như thấp hơn đáng kể so với việc mổ lại cầm máu [4]. Trong số 5 bệnh nhân tử vong có 3 bệnh nhân liên quan đến chảy máu tái diễn, bao gồm cả bệnh nhân được nút mù mà không thấy tổn thương trên DSA, cả 5 bệnh nhân đều ghi nhận các yếu tố tăng nặng như tuổi cao, trên 2 bệnh lý phổi hợp, HATT thấp trước can thiệp.

Nghiên cứu này vẫn còn một số hạn chế. Trước tiên, số lượng bệnh nhân tham gia còn quá nhỏ, chưa đủ để đại diện cho toàn bộ quần thể. Bên cạnh đó, thời gian theo dõi trong nghiên cứu còn ngắn, tập trung vào các biến chứng cấp tính mà chưa đánh giá đầy đủ các biến chứng và di chứng lâu dài sau điều trị. Để có cái nhìn chi tiết và chính xác hơn về tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này, cần tiến hành các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và có sự so sánh ngẫu nhiên có đối chứng.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là phương pháp hiệu quả

và an toàn trong điều trị chảy máu sau phẫu thuật tiêu hóa, với tỷ lệ thành công lâm sàng tương đối cao, biến chứng thấp và giảm đáng kể tỷ lệ tử vong. Các yếu tố như bệnh lý phối hợp, mức độ mất máu đáng kể và huyết áp tâm thu thấp có thể làm tăng nguy cơ thất bại lâm sàng, nhưng không có mối liên hệ thống kê có ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weiser, T. G., et al. (2008), "An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data", *Lancet*. 372(9633), pp. 139-144.
2. Kim, S. H., et al. (2021), "Risk of Postoperative Gastrointestinal Bleeding and Its Associated Factors: A Nationwide Population-Based Study in Korea", *J Pers Med*. 11(11).
3. Tạ, Thanh Chiến, Trịnh, Hồng Sơn, and Đỗ, Trường Sơn (2024), "Kết quả điều trị phẫu thuật cắt khối tá tràng tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 537(1B).
4. Chatani, S., et al. (2018), "Transcatheter Arterial Embolization for Postoperative Bleeding Following Abdominal Surgery", *Cardiovasc Intervent Radiol*. 41(9), pp. 1346-1355.
5. Tasu, J. P., et al. (2015), "Postoperative abdominal bleeding", *Diagn Interv Imaging*. 96(7-8), pp. 823-31.
6. Yu, Q., Funaki, B., and Ahmed, O. (2024), "Twenty years of embolization for acute lower gastrointestinal bleeding: a meta-analysis of rebleeding and ischaemia rates", *Br J Radiol*. 97(1157), pp. 920-932.
7. Delf, J., et al. (2023), "Haematological risk factors predicting clinical success in transarterial embolisation for acute gastrointestinal bleeding", *Br J Radiol*. 96(1144), p. 20211351.
8. Toyoda, H., et al. (1995), "Transcatheter arterial embolization for massive bleeding from duodenal ulcers not controlled by endoscopic hemostasis", *Endoscopy*. 27(4), pp. 304-7.
9. Lê, Thanh Dũng và cs (2023), "Can thiệp nội mạch điều trị xuất huyết tiêu hoá cao tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 526(2).

KẾT QUẢ TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ KHÔNG DẪN LƯU THẬN TẠI BỆNH VIỆN HÀ GIANG NĂM 2025

Đặng Cao Kỳ¹, Vũ Ngọc Quyết¹, Nguyễn Tùng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả nội soi tán sỏi thận qua da hầm nhỏ không dẫn lưu thận tại bệnh viện Hà Giang năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiến cứu 52 BN được chẩn đoán sỏi thận và phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ không dẫn lưu thận từ 1- 6/2025. **Kết quả:** 82,7% bệnh nhân nhập viện với triệu chứng đau thắt lưng, 15,4% có cơn đau quặn thận và 1,9% có đái máu đại thể. Kích thước sỏi trung bình trên cắt lớp vi tính là $28,23 \pm 8,58$ mm (17–52 mm), trong đó nhóm sỏi 20–30 mm chiếm 57,7%. Có 30,8% bệnh nhân chỉ có một viên sỏi, trong khi 69,2% có từ hai viên trở lên, và 69,2% là sỏi phức hợp bể thận – đài thận. Về mức độ giãn đài bể thận, phần lớn bệnh nhân giãn độ I (51,9%) và độ II (26,9%), chỉ 3,8% giãn độ III. Tỷ lệ sạch sỏi hoàn toàn sau mổ đạt 86,5%, còn 13,5% bệnh nhân sót mảnh sỏi > 3 mm được điều trị nội khoa theo dõi. Thời gian phẫu thuật trung bình là $58,17 \pm 15,56$ phút (30–100 phút), thời gian nằm viện sau mổ trung bình $3,02 \pm 1,73$ ngày (1–12 ngày), và thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình $2,10 \pm 0,7$ ngày với Paracetamol đường tĩnh mạch. Tỷ lệ biến chứng chung là 11,5%, trong đó 1,9% sốt sau mổ và 9,6% chảy máu thứ phát (4 bệnh nhân điều trị nội khoa ổn

định, 1 bệnh nhân phải nút mạch). **Kết luận:** Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ không dẫn lưu thận là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân sỏi thận phức tạp, giúp rút ngắn thời gian nằm viện và giảm nhu cầu giảm đau sau mổ.

Từ khóa: Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, không dẫn lưu thận.

SUMMARY

OUTCOMES OF TUBELESS MINI-PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY FOR RENAL STONES AT HA GIANG HOSPITAL IN 2025

Objective: To evaluate the outcomes of tubeless mini-percutaneous nephrolithotomy (mini-PCNL) for renal stones at Ha Giang Hospital in 2025. **Materials and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 52 patients diagnosed with renal calculi who underwent tubeless mini-PCNL from January to June 2025. **Results:** A total of 82.7% of patients presented with flank pain, 15.4% experienced renal colic, and 1.9% had gross hematuria. The mean stone size on computed tomography was 28.23 ± 8.58 mm (range: 17–52 mm), with 57.7% measuring 20–30 mm. Single stones were present in 30.8% of patients, whereas 69.2% had multiple stones; 69.2% were complex stones involving both the renal pelvis and calyces. Hydronephrosis was predominantly grade I (51.9%) and grade II (26.9%), with only 3.8% of patients exhibiting grade III. Complete stone clearance was achieved in 86.5% of cases, while 13.5% had residual fragments >3 mm managed conservatively. The mean operative time was

¹Bệnh viện Hà Giang, tỉnh Tuyên Quang

Chịu trách nhiệm: Đặng Cao Kỳ

Email: dangcaoky88@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025