

01/2025. Ba mươi sáu BN có tuổi trung bình 53,3; nam 86,1% đều nhập viện trong tình trạng sốc, được hồi sức tích cực và nội soi sớm trong 6 giờ đầu (47,2% trong 3 giờ). Các kỹ thuật cầm máu chủ yếu gồm kẹp clip, APC, xịt spray cho loét dạ dày-tá tràng và thắt vòng cao su cho giãn tĩnh mạch thực quản; 27,8% cần vận mạch. Tỷ lệ kiểm soát chảy máu và ổn định chuyển khoa/ra viện đạt 91,7%, số ít còn lại phải can thiệp mạch hoặc phẫu thuật. Kết quả cho thấy chiến lược hồi sức phối hợp nội soi sớm mang lại tiên lượng thuận lợi, đặc biệt quan trọng ở nhóm nguy cơ cao như giãn vỡ tĩnh mạch thực quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực. Hà Nội: Bộ Y tế; 2015.
2. **Abraham NS, Noseworthy PA, Inselman J, et al.** Risk of gastrointestinal bleeding increases with combinations of antithrombotic agents and patient age. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020; 18(2):337-346.e19.doi:10.1016/j.cgh.2019.06.031
3. **Carson JL, Stanworth SJ, Roubinian N, et al.**

Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;10: CD002042. doi:10.1002/14651858. CD002042.pub4

4. **Stanley AJ, Laine L.** Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ.* 2019; 364:l536. doi:10.1136/bmj.l536
5. **Zhao X.** Hypovolemic shock in patients with upper gastrointestinal bleeding: Incidence and risk factors. *J Gastroenterol.* 2021;56(9):800-809. doi:10.1007/s00535-021-01794-5
6. **Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL.** Upper gastrointestinal bleeding: Etiologies and management. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(4):697-703. doi:10.1016/j.mayocp.2018.09.015
7. **Oakland K.** Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2019;42-43:101610. doi:10.1016/j.bpg.2019.04.003
8. **Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J.** Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management. 2016 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2017;65(1):310-335. doi:10.1002/hep.28906

ĐIỀU TRỊ DỊ DẠNG THÔNG ĐỘNG TĨNH MẠCH TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH KẾT HỢP VỚI NÚT MẠCH QUA DA

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Vũ Tiến Thế³, Thân Văn Sỹ², Nguyễn Văn Sơn¹,
Lê Tuấn Vũ¹, Lương Thị Hải Phượng¹, Trần Quang Lộc^{1,2}

TÓM TẮT

Dị dạng động tĩnh mạch tử cung - Uterine Artery Malformation (Uterine AVM) là một tổn thương mạch máu hiếm gặp, có thể gây chảy máu tử cung nặng đe dọa tính mạng. Có nhiều phương pháp điều trị như điều trị nội khoa, can thiệp nội mạch, phẫu thuật, trong đó điều trị chủ yếu là can thiệp nội mạch chọn lọc, tuy nhiên, hiệu quả của phương pháp này trong kiểm soát AVM lâu dài vẫn còn tranh cãi. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 32 tuổi bị AVM tử cung tái phát sau 3 lần nút mạch, kèm theo giãn tĩnh mạch buồng trứng và ổ giả phình, đặt ra thách thức trong chẩn đoán và điều trị.

Từ khóa: AVM, AVM tử cung, AVM tái phát.

SUMMARY

TREATMENT OF UTERINE ARTERIOVENOUS MALFORMATION USING ENDOVASCULAR INTERVENTION COMBINED WITH

PERCUTANEOUS EMBOLIZATION

Uterine Arteriovenous Malformation (Uterine AVM) is a rare vascular lesion that can cause severe life-threatening uterine bleeding. There are various treatment methods, including medical therapy, endovascular intervention, and surgery, with selective endovascular intervention being the primary treatment. However, the effectiveness of this method for long-term AVM control remains controversial. We report a case of a 32-year-old female patient with recurrent uterine AVM after three embolization procedures, accompanied by ovarian varices and a pseudoaneurysm, presenting a challenge in diagnosis and treatment.

Keywords: AVM, uterine AVM, recurrent AVM.

I. TỔNG QUAN

Dị dạng động tĩnh mạch tử cung (Uterine AVM) có thể đe dọa tính mạng do nguy cơ xuất huyết ồ ạt. Một nghiên cứu tiền cứu thực hiện trên 959 bệnh nhân cho thấy hình ảnh dị dạng động tĩnh mạch (AVM) tử cung được phát hiện rõ ràng trên siêu âm ở 5,2% phụ nữ sau nạo và 0,22% phụ nữ sau sinh. Tuy nhiên, chỉ có một trường hợp (0,1%) được đánh giá là có ý nghĩa lâm sàng trong toàn bộ quần thể nghiên cứu [1]. Chẩn đoán chính xác bằng lâm sàng và hình ảnh là rất quan trọng, vì các thủ thuật như

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Lộc

Email: tranquangloc8396@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

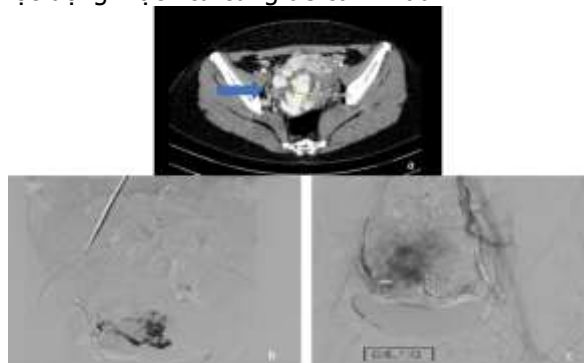
Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

đặt dụng cụ tử cung có thể gây xuất huyết nặng [2, 3]. Dị dạng động tĩnh mạch tử cung (Uterine AVM) là một nguyên nhân hiếm gặp gây chảy máu tử cung bất thường, trong khi biến chứng thai kỳ là nguyên nhân phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. AVM được phân thành hai loại: bẩm sinh và mắc phải, trong đó AVM mắc phải thường gặp hơn [2, 3]. Nguyên nhân của AVM mắc phải thường liên quan đến chấn thương nội mạc hoặc cơ tử cung do can thiệp phẫu thuật như nong nạo hoặc sinh mổ [4]. AVM tử cung chủ yếu ảnh hưởng đến phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Do đó, các lựa chọn điều trị bảo tồn khả năng sinh sản đặc biệt được quan tâm. Thuyên tắc động mạch tử cung - Uterine artery embolism (UAE) thường được coi là phương pháp điều trị hàng đầu bảo tồn tử cung cho các AVM tử cung có triệu chứng [5]. Bài viết này sẽ trình bày về một trường hợp bệnh nhân nữ 32 tuổi, AVM tử cung tái phát nhiều lần kèm theo ổ giả phình cạnh đám dị dạng được điều trị bằng thuyên tắc động mạch tử cung.

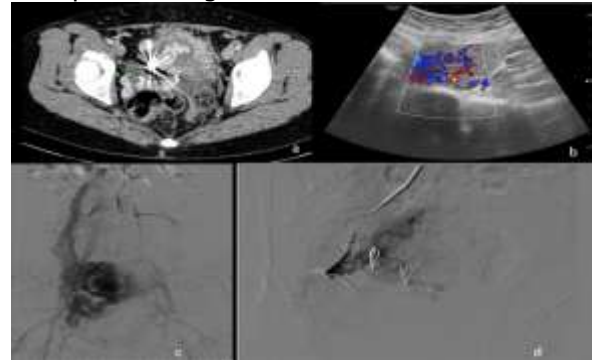
II. CASE LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 32 tuổi, tiền sử mổ đẻ 2 lần 2014 và 2016, chữa vết mổ sau đó nạo hút thai năm 2023. Tháng 5/2024 bệnh nhân rong kinh, đi khám phát hiện ổ AVM động mạch tử cung, được tiến hành nút mạch chọn lọc tại bệnh viện Việt Đức 03 lần vào tháng 5, tháng 7, tháng 10 năm 2024. Ngày 7/1/2025 bệnh nhân ra máu số lượng nhiều, sau hai ngày vào viện khám bệnh nhân tỉnh, ra máu âm đạo, bụng mềm, không chướng. Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi cho thấy hồng cầu giảm nhẹ 3.52 T/L, Hct 0.329 L/L. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính phát hiện ổ thông động tĩnh mạch trong cơ tử cung bên phải kèm giãn lớn tĩnh mạch dẫn lưu và tĩnh mạch buồng trứng phải. Ngoài ra còn có ổ giả phình cạnh đám dị dạng, máu cục âm đạo. bệnh nhân sau đó được tiến hành nút chọn lọc động mạch tử cung để cầm máu.



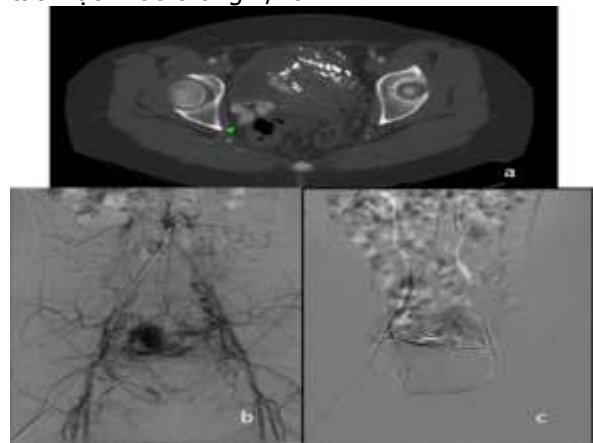
Hình 1

a) ổ dị dạng thông động tĩnh mạch trong buồng và cơ tử cung lớn nhất đường kính ~19mm. b) hình chụp chọn lọc kiểm tra ổ thông động tĩnh mạch tử cung. c) sau khi thuyên tắc ổ thông động tĩnh mạch bằng keo Histoacryl pha với Lipiodol tháng 5 năm 2024



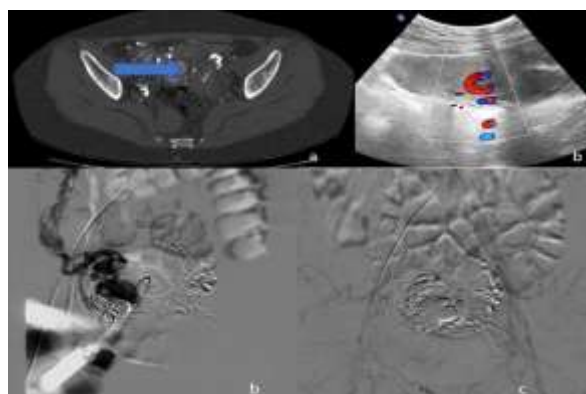
Hình 2

a) hình chụp cắt lớp vi tính sau nút mạch lần đầu 2 tháng bệnh nhân rải rác có các cấu trúc tăng tỷ trọng trước tiêm dạng vật liệu nút mạch, giãn nhiều nhánh mạch chủ yếu từ động mạch tử cung phải. b) ảnh siêu âm sau lần can thiệp mạch thứ 2, với hình ảnh khối hỗn hợp âm kèm tăng sinh mạch thành phải tử cung. c) hình ảnh chụp chọn lọc kiểm tra đám giãn mạch tử cung lệch phải. d) hình ảnh chụp kiểm tra sau thuyên tắc mạch vào tháng 7/2024



Hình 3

a) sau thuyên tắc chọn lọc động mạch tử cung lần 2, rải rác có các cấu trúc tăng tỷ trọng trước tiêm dạng vật liệu nút mạch, cơ tử cung còn các nhánh động mạch tăng sinh; các tĩnh mạch giãn, tĩnh mạch buồng trứng phải giãn và ngấm thuốc sớm thì động mạch. b) hình ảnh chụp chọn lọc kiểm tra ổ thông động tĩnh mạch tử cung. c) sau khi thuyên tắc ổ thông động tĩnh mạch bằng keo Histoacryl pha với Lipiodol tháng 10/2024

**Hình 4**

a) hình chụp cắt lớp vi tính sau nút mạch 3 lần bệnh nhân rải rác có các cấu trúc tăng tỷ trọng trước tiêm dạng vật liệu nút mạch, bên phải trong cơ tử cung còn các nhánh động mạch tăng sinh; các tĩnh mạch giãn, tĩnh mạch buồng trứng phải giãn và ngấm thuốc sớm thì động mạch kèm ổ giả phình, xung quanh có viền giảm tỷ trọng dạng dịch. b) ảnh siêu âm sau lần can thiệp mạch thứ 3, với hình ảnh khối hỗn hợp âm kèm tăng sinh mạch thành phải tử cung. c) hình ảnh chụp chọn lọc kiểm tra đám giãn mạch tử cung lệch phải bằng đường chọc trực tiếp qua thành bụng. d) hình ảnh chụp kiểm tra sau truyền tắc mạch vào tháng 1/2025.

Sau can thiệp lần thứ 4, bệnh nhân theo dõi lâm sàng sau 3 tháng, không còn triệu chứng ra máu âm đạo, không còn đau tức hạ vị, bệnh nhân được bảo tồn tử cung.

III. BÀN LUẬN

Dị dạng động tĩnh mạch tử cung (Uterine AVM) là một tình trạng hiếm gặp nhưng có thể gây ra biến chứng nghiêm trọng, đặc biệt là xuất huyết tử cung nặng. Một nghiên cứu tiền cứu trên 959 bệnh nhân cho thấy AVM tử cung được phát hiện trên siêu âm ở một số trường hợp sau nong nạo hoặc sau sinh, nhưng chỉ 0,1% có ý nghĩa lâm sàng[1]. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là yếu tố quan trọng để kiểm soát bệnh và bảo tồn khả năng sinh sản cho bệnh nhân[2, 3].

Trong một nghiên cứu của Danielle O'Rourke-Suchoff và cộng sự, độ tuổi trung bình ở những bệnh nhân AVM tử cung là 28 tuổi, với các triệu chứng lâm sàng biểu hiện bằng chảy máu âm đạo bất thường, tử rong kinh, rong huyết đến xuất huyết nghiêm trọng, và đến 52% bệnh nhân có tiền sử liên quan đến nạo hút thai. Bệnh nhân cũng có thể gặp đau hoặc áp lực vùng chậu, bao gồm đau thần kinh như đau thần kinh tọa[1, 4]. Trong trường hợp này, bệnh nhân nữ 32 tuổi, tiền sử có nạo hút thai cách 2 năm,

nhập viện do rong kinh kéo dài. Đây là một triệu chứng không đặc hiệu, có thể gặp trong nhiều bệnh lý phụ khoa khác, do đó cần kết hợp thăm khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định.

Chẩn đoán AVM tử cung chủ yếu dựa vào hình ảnh học, bao gồm siêu âm Doppler màu, chụp cắt lớp vi tính (CT) và cộng hưởng từ (MRI). Siêu âm Doppler là phương pháp đầu tay, giúp phát hiện dòng chảy động mạch bất thường trong cơ tử cung với đặc điểm tốc độ dòng chảy cao và chỉ số trở kháng thấp. CT và MRI cung cấp đánh giá chi tiết hơn về kích thước tổn thương, mức độ xâm lấn và tình trạng mạch máu liên quan[1]. Ở bệnh nhân của chúng tôi, siêu âm Doppler màu ghi nhận hình ảnh của khối hỗn hợp âm kèm tăng sinh mạch trên thành tử cung lệch phải. Sau đó, bệnh nhân được chỉ định chụp CT có tiêm thuốc cản quang khảo sát vùng chậu, ghi nhận hình ảnh thông động - tĩnh mạch tử cung với ổ lớn nhất đường kính khoảng 19 mm. Các lần chụp CT tiếp theo cho thấy hình ảnh vật liệu can thiệp từ các lần nút mạch trước, đồng thời ghi nhận giãn nhiều nhánh động - tĩnh mạch tử cung phải. Đặc biệt, lần chụp gần nhất phát hiện ổ giả phình lớn cạnh đám dị dạng mạch, cho thấy diễn tiến bệnh lý cần được theo dõi sát.

Thuyên tắc động mạch tử cung (UAE) là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho dị dạng động tĩnh mạch tử cung (UAVM), với tỷ lệ thành công dao động từ 79% đến 93% [1, 5, 6]. Tuy nhiên, một số bệnh nhân vẫn cần can thiệp lại do thuyên tắc chưa hoàn toàn hoặc tái phát. Khoảng 16-20% bệnh nhân có thể bị tái phát, trong đó một số trường hợp cần thuyên tắc lại nhiều lần. Đáng chú ý, có bệnh nhân đã phải thực hiện tới 6 lần thuyên tắc mạch [6]. Các vật liệu tắc mạch có thể sử dụng riêng biệt hoặc kết hợp như keo N-butyl cyanoacrylate, hạt PVA, hoặc coil. Tắc ổ AVM có thể thực hiện bằng keo, và nếu khó tiếp cận, có thể thuyên tắc động mạch nuôi hoặc động mạch tử cung bằng hạt PVA, bột gelatin hấp thụ hoặc kết hợp cả hai. Một số bệnh nhân cần thực hiện nhiều thủ thuật tắc mạch để tắc toàn bộ AVM [7]. Khi đường vào động mạch không giúp kiểm soát triệt để tổn thương, kỹ thuật chọc trực tiếp qua da vào ổ dị dạng có thể được cân nhắc. Phương pháp này cho phép tiếp cận chính xác vào vùng cần thuyên tắc, đặc biệt khi AVM có tuần hoàn phức tạp hoặc nhiều nhánh động mạch nuôi [1, 8]. Trong trường hợp của bệnh nhân 32 tuổi này, được thuyên tắc mạch bằng keo HystoGel kết hợp Lipiodol nhưng vẫn tái phát sau ba lần nút mạch, cho thấy sự phức tạp trong kiểm soát bệnh lý

này. Lần thứ tư với sự xuất hiện của giãn tĩnh mạch buồng trứng và ổ giả phình cũng góp phần làm tăng nguy cơ tái phát và xuất huyết dai dẳng. Các bác sĩ can thiệp điện quang sau đây đã lựa chọn đường vào tiếp cận ổ tổn thương bằng đường vào trực tiếp qua thành bụng kết hợp với ép qua đường bụng để chặn luồng máu trở về từ tĩnh mạch chậu đến tĩnh mạch chủ dưới giúp kiểm soát lượng keo đã bơm qua ổ dị dạng thông động tĩnh mạch, tránh keo di chuyển về nhĩ phải và vào động mạch phổi. Kết quả điều trị của chúng tôi cho thấy với phương pháp điều trị nội mạch kết hợp với tiếp cận trực tiếp qua da trong điều trị AVM tử cung là phương pháp an toàn, hiệu quả và có thể bảo tồn tử cung tương tự trong kết quả điều trị của tác giả Norbert Kuc (2023)[9].

IV. KẾT LUẬN

Dị dạng động tĩnh mạch tử cung là một bệnh lý mạch máu hiếm gặp nhưng tiềm ẩn nguy cơ xuất huyết nghiêm trọng. Thuyên tắc động mạch tử cung là phương pháp điều trị hiệu quả, giúp bảo tồn tử cung và khả năng sinh sản, tuy nhiên, những trường hợp AVM tái phát nhiều lần như bệnh nhân trong báo cáo cho thấy thách thức thực sự trong chẩn đoán và điều trị. Việc lựa chọn vật liệu nút mạch, đường vào can thiệp phù hợp, cũng như theo dõi sát sau thủ thuật là yếu tố then chốt để kiểm soát bệnh lý một cách toàn diện và bền vững. Những trường hợp phức tạp có thể cần đến các kỹ thuật can thiệp nâng cao như chọc qua da trực tiếp là phương pháp an toàn, có thể giúp điều trị triệt để ổ tổn thương

còn lại sau khi thuyên tắc nội mạch và có thể bảo tồn tử cung cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sridhar, D. and R.L. Vogelzang, Diagnosis and treatment of uterine and pelvic arteriovenous malformations. *Endovasc Today*, 2018. 17(1): p. 73.
2. Szpera-Goździewicz, A., et al., Uterine arteriovenous malformation—diagnosis and management. *Ginekologia polska*, 2018. 89(5): p. 276-279.
3. Grivell, R.M., K.M. Reid, and A. Mellor, Uterine arteriovenous malformations: a review of the current literature. *Obstetrical & gynecological survey*, 2005. 60(11): p. 761-767.
4. O'Rourke-Suchoff, D., et al., Diagnosis and treatment of women with radiologic findings suspicious for uterine arteriovenous malformations. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2021. 41(5): p. 769-773.
5. Rosen, A., et al., Medical treatment of uterine arteriovenous malformation: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 2021. 116(4): p. 1107-1116.
6. PS, H., N. AR, and S.R. JN, Case report of recurrent uterine arteriovenous malformation managed conservatively. *Journal of Case Reports and Images in Obstetrics and Gynecology*, 2017. 3: p. 32-37.
7. Das, C.J., et al., Endovascular uterine artery interventions. *Indian Journal of Radiology and Imaging*, 2017. 27(04): p. 488-495.
8. Doppman, J.L. and P. Pevsner, Embolization of arteriovenous malformations by direct percutaneous puncture. *American Journal of Roentgenology*, 1983. 140(4): p. 773-778.
9. Kuc, N., et al., Direct Percutaneous Embolization of Uterine Arteriovenous Malformations. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 2022. 33(5): p. 607-609.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN U TẾ BÀO MÀM VÙNG CÙNG CỤT TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Hồ Trần Bản¹, Nguyễn Thị Mỹ Linh², Mai Hoàng Vĩnh Kha²,
Chu Khánh An², Võ Kim Kha², Trần Quang Minh²,
Tống Thị Mai Quỳnh², Võ Thị Cẩm Quỳnh², Trần Võ Đức Tân²,
Lê Sĩ Phong¹, Vũ Trường Nhân¹, Huỳnh Thị Vũ Quỳnh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhi mắc u tế bào mầm

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Trần Bản

Email: hotranban@ump.edu.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025

vùng cùng cắt được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2018 đến 31/12/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca ở tất cả bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán UTBM vùng cùng cắt và được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2018 đến 31/12/2024. **Kết quả:** 34 bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu gồm 23,5% nam và 76,5% nữ, tuổi trung vị 2 tháng. Triệu chứng phổ biến nhất là phát hiện u (94,1%). Kích thước u trung bình trên siêu âm và CT lần lượt là 63,09 mm và 86,52 mm. 38,2% ca tăng AFP và 23,5% ca tăng β -hCG. Tăng AFP đơn thuần là