

khởi phát 2.09 lần (OR=2,09, 95% CI: 1,53–2,86; $p < 0,001$). Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của Xiao. F. P và cộng sự còn cho thấy nhóm có rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong sau khi xuất viện, nguy cơ đột quỵ não và tái phát rung nhĩ cao hơn so với nhóm không có rung nhĩ [8].

Một nghiên cứu của tác giả Corica. B và cộng sự công bố năm 2022, tiến hành trên 207847 BN NKH, cho kết quả có 13,5% số BN NKH có xuất hiện rung nhĩ mới khởi phát và nhóm BN có rung nhĩ mới khởi phát có tỉ lệ tử vong nội viện cao hơn 1,69 lần (RR: 1.69, 95%CI: 1.47–1.96, 95%PI: 1.15–2.50), tỉ lệ tử vong tại ICU cao hơn 2,12 lần (RR: 2.12, 95%CI: 1.86–2.43, 95%PI: 1.71–2.63) so với nhóm không có rung nhĩ mới khởi phát [4].

Nghiên cứu của tác giả Huo. Y và cộng sự, công bố năm 2025, cũng chỉ ra rằng so với nhóm không có rung nhĩ, nhóm BN NKH có rung nhĩ mới khởi phát có thời gian nằm viện cao hơn, nguy cơ tử vong nội viện cao hơn, nguy cơ tiến triển thành SNK cao hơn, nguy cơ khởi phát đột quỵ cao hơn, nguy cơ suy tim, nhồi máu cơ tim và nguy cơ tử vong sau khi xuất viện cũng cao hơn [6].

Nghiên cứu của tác giả Aibar. J và cộng sự công bố năm 2021, một nghiên cứu tổng hợp phân tích 17 nghiên cứu khác nhau đã chỉ ra rằng, 10/17 nghiên cứu cho thấy nhóm BN NKH có rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong nội viện cao hơn nhóm không có rung nhĩ, 4/17 nghiên cứu cho kết quả tỉ lệ tử vong ở nhóm có và không có rung nhĩ là tương đương nhau, còn 3 nghiên cứu còn lại không chỉ ra tỉ lệ tử vong ở nhóm có rung nhĩ và không có rung nhĩ. Trong đó, 3 nghiên cứu còn cho kết quả rung nhĩ mới khởi phát liên quan đến tăng

tỉ lệ tử vong trong vòng 28 ngày, 1 năm và 5 năm sau khi xuất viện [3].

V. KẾT LUẬN

- Rung nhĩ mới khởi phát là loại rối loạn nhịp tim thường gặp ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

- Nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong cao hơn nhóm không có rung nhĩ trong giai đoạn 03 ngày và 07 ngày đầu sau chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phú V. Đ. et al.** (2024) Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên gây sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện Nhiệt đới Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 535 (1).
2. **Thủy N. T. et al.** (2021) Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 498 (1).
3. **Aibar J. et al.** (2021) New-Onset Atrial Fibrillation in Sepsis: A Narrative Review. Semin Thromb Hemost. 47 (1): 18-25.
4. **Corica B. et al.** (2022) Prevalence of New-Onset Atrial Fibrillation and Associated Outcomes in Patients with Sepsis: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pers Med. 12 (4).
5. **Elhadad M. A. et al.** (2025) Prevalence, Outcomes, and Risk Factors of New-Onset Atrial Fibrillation in Critically Ill Patient with Sepsis and Septic Shock %J Benha Medical Journal.
6. **Huo Y. et al.** (2025) Risk Factors and Prognosis of New-Onset Atrial Fibrillation in Sepsis. JACC: Advances. 4 (4): 101681.
7. **Singer M. et al.** (2016) The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Jama. 315 (8): 801-810.
8. **Xiao F. P. et al.** (2021) Outcomes of new-onset atrial fibrillation in patients with sepsis: A systematic review and meta-analysis of 225,841 patients. Am J Emerg Med. 42 (23-30).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CÓ BIẾN CHỨNG CHẢY MÁU DO TÁN SỎI MẶT QUA DA BẰNG LASER TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) tán sỏi mặt qua da (TSMQD) bằng LASER có biến chứng chảy máu tại Bệnh viện

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthai binh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

Nguyễn Xuân Toàn¹, Nguyễn Thái Bình^{1,2}

Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 26 BN có chảy máu sau TSMQD bằng LASER tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 3/2020 – 03/2025. **Kết quả:** 26 BN (tuổi trung bình là $63,7 \pm 13,4$ tuổi, trong đó nữ giới chiếm 61,5%) có chảy máu đường mặt cần can thiệp. Viêm đường mặt trước cần thiệp được ghi nhận ở 76,9%, xơ gan ở 38,5%. Nguồn chảy máu xác định trên chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) từ động mạch (ĐM) gan chiếm 65,4% (17 BN), nhu mô gan 15,4% (4 BN), tĩnh mạch (TM) gan và/hoặc TM cửa 15,4% (4 BN), tử cả ĐM và TM gan 3,8% (1 BN). Trên cắt lớp vi tính (CLVT) có 19,2% (5 BN) quan sát thấy

chảy máu từ ĐM. Sự sụt giảm Hemoglobin (Hb) trung bình là 18 g/L và INR tăng từ 1,05 lên 1,26 sau can thiệp. **Kết luận:** Chảy máu sau TSMQD bằng LASER là biến chứng hiếm gặp nhưng nguy hiểm, có thể gặp do tổn thương các mạch máu gan hay từ nhu mô gan. Biến chứng này thường gặp ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như viêm đường mật, xơ gan và sử dụng công tắc sỏi cỡ lớn. Chụp DSA có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán nguồn chảy máu và điều trị.

Từ khóa: Biến chứng chảy máu, tắc sỏi đường mật qua da, chụp mạch số hóa xóa nền.

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING OF BILIARY BLEEDING COMPLICATIONS DUE TO PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC CHOLANGIOSCOPIC LITHOTRIPSY WITH LASER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients who experienced hemorrhagic complications after percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotripsy with LASER at Hanoi Medical University Hospital. **Materials and methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 26 patients who developed hemorrhage requiring intervention after undergoing percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotripsy with LASER at Hanoi Medical University Hospital from March 2020 to March 2025. **Results:** A total of 26 patients (mean age 63.7 ± 13.4 years, with females accounting for 61.5%) experienced biliary tract bleeding that required intervention. Pre-procedural cholangitis was noted in 76.9% of cases, and cirrhosis in 38.5%. Hemorrhage sources identified on digital subtraction angiography (DSA) included hepatic artery in 65.4% (17 patients), hepatic parenchyma in 15.4% (4 patients), hepatic and/or portal veins in 15.4% (4 patients), and both arterial and venous origins in 3.8% (1 patient). On computed tomography (CT), active bleeding from the artery was observed in 19.2% (5 patients). The mean decrease in hemoglobin was 18 g/L, and the INR increased from 1.05 to 1.26 post-procedure. **Conclusion:** Hemorrhage following percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotripsy with LASER is a rare but serious complication that may result from injury to hepatic vessels or parenchyma. This complication is more likely to occur in patients with risk factors such as cholangitis, cirrhosis, or use of a large-caliber lithotripsy access port. DSA plays a pivotal role in identifying the bleeding source and managing the complication.

Keywords: Hemorrhagic complication, percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotripsy with LASER, digital subtraction angiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là một bệnh lý thường gặp ở Việt Nam. Việc điều trị các trường hợp sỏi phức tạp, tái phát hoặc không đáp ứng với các phương pháp kinh điển đặt ra nhiều thách thức cho bác sĩ lâm sàng. Ngày nay, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, phương pháp TSMQD bằng LASER là một phương pháp xâm lấn tối

thiểu với nhiều ưu thế về khả năng tiếp cận sỏi, tỉ lệ biến chứng thấp đã cải thiện được tỉ lệ sỏi sỏi, thích hợp cho các bệnh nhân có nguy cơ cao với phẫu thuật. Tuy nhiên, cũng như các kỹ thuật can thiệp xâm lấn khác, TSMQD cũng có thể gặp các biến chứng, gồm chảy máu, rò mật, tụ dịch dưới bao gan, nhiễm trùng đường mật... Trong đó chảy máu là biến chứng nguy hiểm nhất.

Biến chứng chảy máu sau TSMQD là tình trạng chảy máu xuất hiện trong hoặc sau quá trình TSMQD, đây là một biến chứng ít gặp nhưng có thể đe dọa tính mạng người bệnh. Tỉ lệ chảy máu sau can thiệp đường mật khoảng 1,1-9,9%, bên cạnh các biến chứng nhẹ như đau, rò mật, tuột dẫn lưu, viêm đường mật... với tỉ lệ chung là 10,8-23%.¹ Tổn thương mạch máu có thể xảy ra trong quá trình chọc kim, nong đường hầm, hoặc trong quá trình tán sỏi. Nguồn chảy máu có thể xuất phát từ nhu mô gan, TM cửa, TM gan hoặc ĐM gan, với biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học đa dạng. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN TSMQD bằng LASER có biến chứng chảy máu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang gồm 26 BN gặp biến chứng chảy máu sau TSMQD bằng LASER từ tháng 3/2020 đến tháng 03/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: là các bệnh nhân có đủ các tiêu chí sau:

- Các BN được lựa chọn vào nghiên cứu là các trường hợp có chảy máu liên quan đến quá trình TSMQD bằng LASER

- Được phát hiện trực tiếp trên nội soi trong quá trình can thiệp hoặc có chảy máu liên tục trên lâm sàng qua dẫn lưu, có hình ảnh tổn thương mạch trên chụp DSA (có kèm theo CLVT hoặc không)

- Được can thiệp cầm máu

- Các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án và phim chụp đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

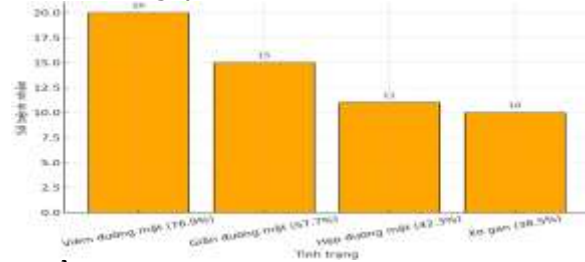
- Các BN bị loại ra khỏi nghiên cứu nếu chỉ có chảy máu ít và tự cầm trong quá trình can thiệp hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

- Các BN có chảy máu từ các ĐM nông dưới da được xử trí bằng khâu cầm máu ngoài da và không được đưa vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 3/2020 – 03/2025, có tổng số 26 BN (15 nữ, 11 nam) có chảy máu đường mật cần can thiệp, tuổi trung bình là $63,7 \pm 13,4$ tuổi. Có 21/26 BN (81,8%) được phát hiện và xử trí sớm

ngay trong lúc can thiệp hoặc trong vòng 1 ngày sau can thiệp, 5 BN khác được phát hiện và xử trí sau 2-3 ngày.



Biểu đồ 1. Tình trạng đường mật và xơ gan trước can thiệp chảy máu sau TSMQD

Tình trạng đường mật trước can thiệp, có 20 BN (76,9%) có viêm đường mật, 15 BN (57,7%) giãn đường mật; 11 BN (42,3%) có hẹp đường mật. Ngoài ra có 10 BN (38,5%) có tình trạng xơ gan (Biểu đồ 1).

Xét nghiệm huyết học ghi nhận nồng độ hemoglobin (Hb) giảm từ 123 ± 18 g/L trước can thiệp xuống 105 ± 21 g/L sau can thiệp (Biểu đồ 2). Chỉ số INR trung bình tăng từ $1,05 \pm 0,09$ lên $1,26 \pm 0,34$, phản ánh tình trạng mất máu và rối loạn đông máu sau can thiệp.



Biểu đồ 2. Chỉ số Hb trước và sau can thiệp điều trị biến chứng chảy máu sau TSMQD

Về kích thước cổng tán sỏi: cổng 16Fr chiếm ưu thế với 19 BN (73,1%), cổng 14Fr được sử dụng ở 3 BN (11,5%), cổng cỡ lớn 18Fr được dùng ở 4 BN (15,4%).

Biến chứng chảy máu đi kèm với chảy máu đường mật bao gồm: 23,1% chảy máu ổ bụng, 15,4% tụ máu gan, 19,2% chảy máu ở các vị trí khác.

Các nguồn chảy máu được xác định từ ĐM gan (là trường hợp chảy máu do giả phình, thoát thuốc ĐM gan xác định trên CLVT/DSA), TM (là hình ảnh chảy máu do rách TM cửa, TM gan vào đường mật) hoặc từ nhu mô gan (là các trường hợp chảy máu nhưng không thấy các hình ảnh tổn thương mạch trên DSA/CLVT).

Bảng 1. Nguồn chảy máu sau TSMQD phát hiện trên CLVT

	N	%
BN được chụp CLVT (n=13)		
Phát hiện được tổn thương ĐM	5	38,5

Phát hiện được tổn thương TM (TM gan, TM cửa)	0	0
Không phát hiện được tổn thương mạch	8	61,5
BN có phát hiện tổn thương ĐM (n=5)		
Tổn thương giả phình	3	60
Tổn thương thoát thuốc	2	40

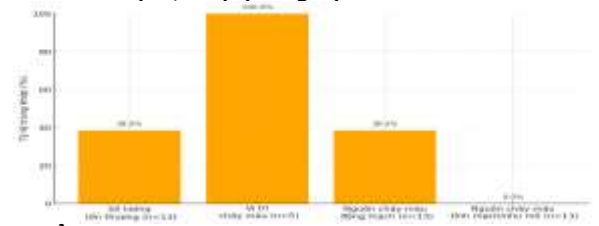
Bảng 2. Nguồn chảy máu sau TSMQD phát hiện trên DSA

Nguồn chảy máu	Số BN	%
Tổn thương ĐM	17	65,4
Tổn thương TM	4	15,4
Tổn thương cả ĐM và TM	1	3,8
Chảy máu từ nhu mô	4	15,4
Tổng	26	100,0

Về xác định nguồn chảy máu:

- Trên CLVT quan sát được 5 BN (19,2%) có nguồn chảy máu từ ĐM gan (giả phình, điểm chảy máu hoạt động), 80,8% không xác định được hoặc không chụp CLVT. (Bảng 1).

- Trên DSA: nguồn từ ĐM gan chiếm đa số với 17 BN (65,4%) (Bảng 2).



Biểu đồ 3. Sự phù hợp giữa kết quả CLVT so với chụp DSA (tỷ lệ có trùng khớp kết quả)

Sự phù hợp giữa kết quả CLVT so với chụp DSA: Trong số 13 BN được chụp CLVT, tỷ lệ phát hiện tổn thương mạch trên CLVT chỉ đạt 38,5% số ca (5 ca) so với DSA, trong số các này, tổn thương đều là tổn thương ĐM và vị trí tổn thương được mô tả giống 100% với DSA (Biểu đồ 3).

Sau biến chứng chảy máu do TSMQD bằng LASER, có 7 trường hợp (26,9%) BN có biểu hiện nhiễm trùng đường mật.

Phương pháp xử trí gồm: coil (46,2%), keo sinh học (38,5%), spongel (19,2%), bít đường hầm (15,4%) và chèn Amplatz (23,1%). Tất cả các trường hợp đều được kiểm soát thành công, không ghi nhận trường hợp nào chảy máu tái phát.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ của biến chứng chảy máu sau TSMQD bằng LASER. Nguyên lý của kỹ thuật TSMQD là cần phải chọc kim vào đường mật qua da và nhu mô gan. Về mặt giải phẫu, đường mật luôn đi cùng ĐM gan và TM cửa tạo thành bộ ba cửa, vì thế tổn thương ĐM gan và TM cửa chiếm phần lớn các tổn thương mạch máu trong CTDMQD.²

Tổn thương TM gan sau can thiệp tán sỏi mật qua da hiếm khi xảy ra do về mặt giải phẫu, TM gan không nằm trong bộ ba cửa. Thường tổn thương là do sự thông thương giữa đường mật và TM gan. Biểu chứng chảy máu thường được phát hiện trong hoặc ngay sau quá trình TSMQD. Cần nghỉ ngay tới tổn thương mạch khi trong quá trình can thiệp có hiện tượng chảy máu nhiều, không tự cầm. Ngoài ra các trường hợp sau dẫn lưu 48h, dịch mật còn máu cũng gợi ý tổn thương mạch.¹

Các yếu tố nguy cơ dẫn đến chảy máu sau TSMQD bao gồm do yếu tố bệnh nhân và các yếu tố liên quan đến quá trình can thiệp. Các yếu tố bệnh nhân như xơ gan dẫn đến ĐM gan tăng kích thước. Bệnh thận mạn tính và xơ gan gây nên tình trạng rối loạn đông máu, dẫn đến tăng nguy cơ chảy máu. Đối với tình trạng rối loạn đông máu, khuyến cáo ngưỡng để hạn chế tối đa nguy cơ chảy máu là INR < 1,5 và số lượng tiểu cầu > 50000/mm³.¹ Yếu tố liên quan đến quá trình can thiệp bao gồm sử dụng kim chọc kích thước lớn (18G), vị trí chọc vào đường mật trung tâm, đường mật giãn ít hoặc không giãn, chọc đường mật nhiều lần, nhiều dịch ổ bụng.¹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 21/26 BN (81,8%) được phát hiện và xử trí sớm ngay trong lúc can thiệp hoặc trong vòng 1 ngày sau can thiệp, 5 BN khác được phát hiện và xử trí sau 2-3 ngày. Số bệnh nhân bị xơ gan chiếm 38,5%. Tình trạng viêm đường mật trước can thiệp chiếm 76,9%, đây cũng là một yếu tố làm tăng nguy cơ chảy máu. Về tình trạng giãn đường mật trước can thiệp, nghiên cứu của chúng tôi có 57,7% BN có giãn đường mật và 43,3% BN đường mật giãn ít hoặc không giãn. Việc đường mật giãn ít cũng làm tăng nguy cơ gây chảy máu do việc chọc đường mật khó khăn, phải chọc lại nhiều lần dễ làm tổn thương các mạch máu lân cận. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, đối với trường hợp đường mật giãn ít hoặc không giãn, có thể chọc vào túi mật và bơm nước muối sinh lý vào đường mật để làm giãn căng đường mật trong gan để dễ dàng chọc đường mật hơn. Chọc đường mật chúng tôi thường sử dụng kim Angiocath 16G, được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm có sử dụng Doppler màu để tránh mạch máu.

Đối với kích thước cổng tán sỏi, sử dụng cổng tán sỏi cỡ lớn giúp giảm thời gian can thiệp nhưng làm tăng nguy cơ chảy máu cũng như khó tiếp cận được các nhánh đường mật xa và nhỏ. Trong số 26 BN, cổng 16Fr chiếm ưu thế với 19 BN (73,1%), còn cổng cỡ lớn 18Fr được dùng ở

4 BN (15,4%). Theo kinh nghiệm của chúng tôi, chỉ nên sử dụng cổng tán cỡ lớn (18Fr, 20Fr) trong các trường hợp đường mật giãn to và có nhiều sỏi để giảm thời gian can thiệp, các trường hợp sỏi nhỏ, đường mật giãn ít nên sử dụng cổng tán sỏi cỡ nhỏ (14Fr) và trung bình (16Fr).

4.2. Đặc điểm chảy máu đường mật trên cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

Biểu chứng chảy máu thường được phát hiện trong hoặc ngay sau quá trình TSMQD. Cần nghỉ ngay tới tổn thương mạch khi trong quá trình can thiệp có hiện tượng chảy máu nhiều, không tự cầm. Ngoài ra các trường hợp sau dẫn lưu 48h, dịch mật còn máu cũng gợi ý tổn thương mạch.¹ Về xét nghiệm, các chỉ số như hồng cầu, hemoglobin, hematocrit giảm, đồng thời có thể có tình trạng rối loạn đông máu do mất huyết tương dẫn đến tăng chỉ số PT, INR. Nồng độ Hb giảm >20 g/L được coi là chảy máu nặng theo Hiệp hội Quốc tế về Huyết học và Đông máu (International Society on Thrombosis and Haemostasis - ISTH).³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm máu cho thấy sự sụt giảm Hb trung bình gần 20 g/L và tăng INR đáng kể phản ánh ảnh hưởng huyết học rõ rệt.

Đối với trường hợp chảy máu từ ĐM thường chảy máu nhiều, máu đỏ tươi, chảy theo nhịp đập, không tự cầm, BN có thể có tình trạng sốc mất máu như mạch nhanh, huyết áp tụt, đau bụng nhiều.^{2,4} CLVT có tiêm thuốc có thể quan sát thấy các tổn thương của ĐM gan như giả phình, điểm chảy máu hoạt động,... Chụp DSA ĐM gan là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định chảy máu từ ĐM gan và can thiệp nội mạch (Hình 1). Các dấu hiệu như thoát thuốc cản quang, giả phình ĐM, thông động TM đều được xác định là có tổn thương ĐM.⁵

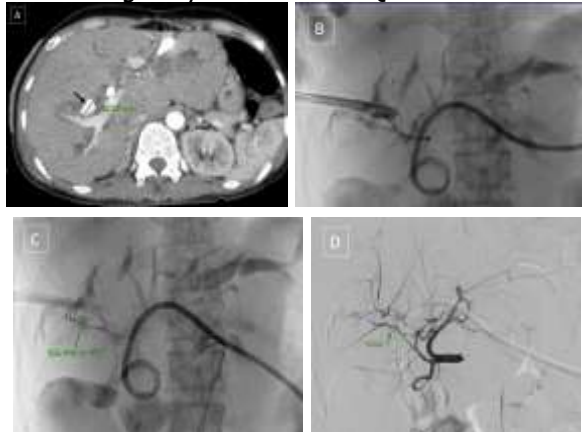
Chảy máu từ TM thường sẫm màu, tốc độ chậm và không theo nhịp đập của tim, mạch và huyết áp thường ít thay đổi. Thông thường, CLVT và siêu âm có độ nhạy không cao trong việc phát hiện tổn thương TM cửa.⁶ Chụp đường mật qua dẫn lưu (pullback cholangiogram) bằng cách thay dẫn lưu đã đặt bằng sheath 8F và rút sheath dẫn ra ngoại vi, bơm thuốc cản quang để chụp dọc đường hầm tìm đường thông với mạch máu. Phương pháp này có thể thấy hiện hình nhánh TM cửa do sự thông thương giữa đường mật và nhánh ngoại vi TM cửa (Hình 2).

Các trường hợp chảy máu từ nhu mô lượng máu ít hơn, nhưng không tự cầm, đây là một chẩn đoán loại trừ khi chụp CLVT, DSA không phát hiện tổn thương mạch.

Trong tổng số 26 BN, trên phim chụp DSA, đa số các trường hợp chảy máu sau tán sỏi cần

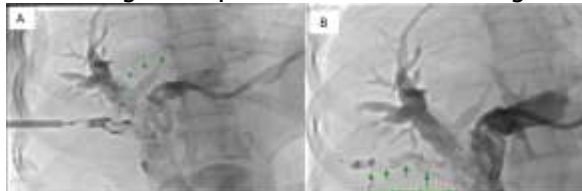
được can thiệp có nguồn chảy máu từ ĐM gan với 17 BN (65,4%). Có 4 BN (15,4%) có nguồn chảy máu từ TM gan hoặc TM cửa và 4 BN (15,4%) chảy máu từ nhu mô gan. Có 1 trường hợp có chảy máu từ cả nguồn ĐM và TM.

Có 13 BN được chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc. Trên phim chụp CLVT quan sát được 5 BN (38,5%) có nguồn chảy máu từ ĐM gan (giả phình, điểm chảy máu hoạt động), 61,5% không xác định được nguồn chảy máu trên CLVT. Kết quả chụp CLVT có sự khác biệt so với chụp mạch DSA. Trong số 13 BN được chụp CLVT, tỷ lệ phát hiện tổn thương mạch trên CLVT chỉ đạt 38,5% số ca so với DSA, trong số các này, vị trí tổn thương được mô tả giống 100% với DSA. Không có trường hợp nào phát hiện tổn thương TM trên CLVT. Qua đó cho thấy DSA vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán tổn thương mạch máu trong biến chứng chảy máu sau TSMQD.



Hình 1. BN nữ 53T, sỏi ống mật chủ và gan hai bên, viêm đường mật. BN xuất hiện chảy máu dẫn lưu đường mật sau tán sỏi hai ngày

A: Ổ giả phình lớn động mạch gan phải trên CLVT (mũi tên đen). B: phim chụp đường mật qua sonde dẫn lưu trên DSA, có hiện hình nhánh ĐM gan phải (mũi tên). C: Ổ giả phình ĐM gan phải trên phim chụp ĐM DSA. D: Nhánh mạch tổn thương đã được nút tắc hoàn toàn bằng coil.



Hình 2. BN nữ 61 tuổi, sỏi đường mật gan trái và ống mật chủ kèm xơ gan

(A) Sau khi tán sỏi mật bằng đường vào bên phải thấy máu chảy không ngừng, rút dẫn cống tán bên phải và bơm cản quang qua đường hầm

(pullback cholangiogram) thấy hiện hình TM gan giữa (mũi tên).

(B) Dùng surgicel nút đường hầm bên phải (mũi tên), theo dõi sau can thiệp thấy dẫn lưu bên trái không ra thêm máu.

V. KẾT LUẬN

Biến chứng chảy máu sau TSMQD bằng LASER là một biến chứng ít gặp nhưng nguy hiểm, cần phải chẩn đoán và xử trí kịp thời. Nguyên nhân thường gặp do tổn thương ĐM gan, TM cửa hoặc TM gan. BN thường biểu hiện chảy máu nhiều không tự cầm trong thủ thuật, máu trong dịch mật dẫn lưu và tụt hemoglobin trên xét nghiệm. Các yếu tố nguy cơ dễ gây chảy máu bao gồm tuổi cao, xơ gan, viêm đường mật hoặc sử dụng chống đông lớn trong quá trình can thiệp. Hình ảnh học có vai trò quan trọng: CLVT có thể gợi ý chảy máu, nhưng DSA là tiêu chuẩn vàng để xác định chính xác nguồn chảy máu và đồng thời cho phép can thiệp cầm máu hiệu quả. Việc kết hợp lâm sàng, xét nghiệm và đặc điểm hình ảnh giúp phát hiện sớm biến chứng, xử trí kịp thời và cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pulappadi VP, Srivastava DN, Madhusudhan KS.** Diagnosis and management of hemorrhagic complications of percutaneous transhepatic biliary drainage: a primer for residents. *British Journal of Radiology*. 2021 Apr 1;94(1120):20200879.
2. **Quencer KB, Tadros AS, Marashi KB, Cizman Z, Reiner E, O'Hara R, Oklu R.** Bleeding after Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: Incidence, Causes and Treatments. *Journal of Clinical Medicine*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2018 May;7(5):94.
3. **Schulman S, Kearon C,** Subcommittee on Control of Anticoagulation of the Scientific and Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Definition of major bleeding in clinical investigations of antithrombotic medicinal products in non-surgical patients. *J Thromb Haemost*. 2005 Apr;3(4):692–694. PMID: 15842354
4. **Molina H, Chan MM, Lewandowski RJ, Gabr A, Riaz A.** Complications of Percutaneous Biliary Procedures. *Semin Intervent Radiol*. 2021 Aug;38(3):364–372. PMID: PMC8354729
5. **Saad WEA, Davies MG, Darcy MD.** Management of Bleeding after Percutaneous Transhepatic Cholangiography or Transhepatic Biliary Drain Placement. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology*. 2008 Mar;11(1):60–71.
6. **Mortimer AM, Wallis A, Planner A.** Multiphase multidetector CT in the diagnosis of haemobilia: a potentially catastrophic ruptured hepatic artery aneurysm complicating the treatment of a patient with locally advanced rectal cancer. *Br J Radiol*. 2011 May;84(1001):e95–98. PMID: PMC3473651