

# KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG CHẢY MÁU DO UNG THƯ VÙNG ĐẦU MẶT CỔ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Văn Sang<sup>1,3</sup>, Trần Quang Lục<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả can thiệp đường động mạch trong điều trị biến chứng chảy máu do ung thư vùng đầu mặt cổ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 21 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vùng đầu mặt cổ có biến chứng chảy máu và được can thiệp nút tắc động mạch cầm máu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ trong giai đoạn từ tháng 11/2022 đến tháng 11/2025. **Kết quả:** Trong số 21 bệnh nhân, có 17 nam và 4 nữ, với tuổi trung bình 57,7. Nguyên nhân chảy máu bao gồm ung thư lưỡi (8 bệnh nhân; 38,1%), ung thư sàn miệng (2; 9,5%), ung thư hạ họng (2; 9,5%), ung thư amidan (2; 9,5%), và các ung thư khác vùng đầu mặt cổ (7; 33,3%). Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn T4 chiếm 80,9% (17/21). Thời gian mắc bệnh trung bình là 15,8 tháng. Có 17 bệnh nhân (80,9%) đang hoặc đã điều trị hóa chất và/hoặc xạ trị đủ phác đồ tại thời điểm nhập viện và 6 bệnh nhân (28,6%) trong tình trạng sốc giảm thể tích. Chụp cắt lớp vi tính ghi nhận chảy máu hoạt động ở 7/21 trường hợp (33,3%), trong đó có 2 trường hợp chảy máu trực tiếp từ động mạch cảnh ngoài và 5 trường hợp giả phình động mạch (23,8%). Chín bệnh nhân (42,9%) không thấy dấu hiệu chảy máu hoạt động mà chỉ ghi nhận tăng sinh mạch trong khối u. Tỷ lệ thành công kỹ thuật của can thiệp đạt 95,2% (20/21). Vật liệu nút mạch bao gồm gelatin sponge (8 bệnh nhân; 38,1%) và vòng xoắn kim loại (6; 28,6%). Có 1 bệnh nhân biến chứng phù nửa mặt do được nút tắc hoàn toàn động mạch cảnh ngoài. Trong thời gian theo dõi, 17 bệnh nhân đã tử vong. Một trường hợp (5,9%) tử vong liên quan đến thất bại kỹ thuật, trong khi 16 bệnh nhân tử vong sau đó với thời gian sống thêm trung bình 11 tuần (1–63 tuần). Nguyên nhân tử vong chủ yếu do bệnh tiến triển giai đoạn cuối (13/17; 76,5%) và do chảy máu tái phát (3/17; 17,6%). **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là phương pháp hiệu quả trong kiểm soát biến chứng chảy máu do ung thư vùng đầu mặt cổ, với tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng. Tuy nhiên, thời gian sống thêm vẫn hạn chế do đa số bệnh nhân ở giai đoạn bệnh tiến triển hoặc giai đoạn muộn. **Từ khóa:** can thiệp nội mạch; chảy máu; ung thư vùng đầu mặt cổ

## SUMMARY

### RESULTS OF TRANSARTERIAL EMBOLIZATION FOR HEMORRHAGIC COMPLICATIONS IN

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 16.12.2025

## HEAD AND NECK CANCERS AT PHU THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** To assess the outcomes of transarterial embolization in managing hemorrhagic complications associated with head and neck cancers in a case series from Phu Tho Provincial General Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective study was conducted on 21 patients with head and neck cancers who underwent transarterial embolization for hemorrhagic complications between November 2022 and November 2025. **Results:** A total of 21 patients were enrolled in the study, including 17 men and 4 women, with a mean age of 57.7 years. Primary tumor sites consisted of the tongue (8 patients; 38.1%), oral cavity (2; 9.5%), hypopharynx (2; 9.5%), tonsil (2; 9.5%), and other head-and-neck subsites (7; 33.3%). The majority of patients (17/21; 80.9%) presented with T4-stage disease, and the mean duration of illness prior to admission was 15.8 months. At presentation, 17 patients (80.9%) had been undergoing chemotherapy and/or radiotherapy, and 6 (28.6%) were in hypovolemic shock. Active hemorrhage on CT angiography was identified in 7 patients (33.3%) (including 2 cases of direct external carotid artery bleeding), and 5 cases (23.8%) presented pseudoaneurysm. Hypervascular enhancement on CT was observed in 9 patients (42.9%). Endovascular intervention achieved a technical success rate of 95.2% (20/21) and a clinical success rate of 90.5% (19/21). Embolic agents included gelatin sponge (8 patients; 38.1%) and coils (6; 28.6%). One patient experienced unilateral facial edema as a complication resulting from complete occlusion of the external carotid artery. During follow-up, 17 patients died. One patient (5.9%) died due to technical failure, while 16 patients died later in the course of follow-up, with a median survival of 11 weeks (range, 1–63 weeks). Causes of death included advanced tumor progression in 13 patients (76.5%) and recurrent hemorrhage in 3 patients (17.6%). **Conclusion:** Endovascular intervention is highly effective for controlling hemorrhagic complications in patients with head and neck cancers, demonstrating a high technical and clinical success rate. Nevertheless, overall survival remains limited, primarily due to the advanced or end-stage disease status in most patients. **Keywords:** transarterial embolization, bleeding, head and neck cancers

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vùng đầu mặt cổ bao gồm nhiều loại u phát triển từ các cấu trúc giải phẫu khác nhau của vùng đầu mặt cổ như khoang miệng, mũi hầu, thanh quản. Về đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư vùng đầu mặt cổ thì ung thư biểu mô tế bào vảy là loại hay gặp nhất<sup>1</sup>. Chảy máu do ung thư vùng đầu mặt cổ là tình huống

lâm sàng nặng và khó kiểm soát với tỷ lệ chảy máu 0,5-10%<sup>1</sup>. Khi tình trạng chảy máu nặng đe dọa tính mạng, việc hồi sức tích cực ngay từ đầu và áp dụng các điều trị đặc hiệu là rất quan trọng với mục đích cầm máu nhanh và hiệu quả. Trước đây, điều trị phẫu thuật là biện pháp kinh điển thường được áp dụng, tuy nhiên, do đặc điểm cấu trúc giải phẫu phức tạp của vùng đầu mặt cổ nên việc bộc lộ vị trí chảy máu của khối u để phẫu thuật cầm máu có thể khó khăn hoặc thất bại, ngoài ra nhiều trường hợp đã được điều trị đặc hiệu như hóa trị và xạ trị sẽ gây ra tình trạng hoại tử trong khối u, từ đó gây khó khăn cho việc cầm máu bằng phẫu thuật<sup>2</sup>. Trong những năm gần đây với sự phát triển của can thiệp nội mạch với nhiều ưu điểm so với phẫu thuật, ít tai biến và biến chứng, phương pháp này đã được lựa chọn phổ biến để điều trị cầm máu cho người bệnh<sup>3-5</sup>. Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới đánh giá hiệu quả của can thiệp nội mạch điều trị chảy máu do các khối u vùng đầu mặt cổ, tác giả Boas (2016) đã nghiên cứu trên 51 trường hợp chảy máu và được can thiệp nội mạch cầm máu, tỷ lệ thành công về kỹ thuật là 100%, tỷ lệ tai biến rất thấp và không có triệu chứng lâm sàng (5,8% ở 3 bệnh nhân)<sup>3</sup>. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về can thiệp nội mạch điều trị chảy máu các khối u vùng đầu mặt cổ còn ít và được thể hiện ở các báo cáo ca lâm sàng, Trịnh Tú Tâm (2017) báo cáo 3 trường hợp chảy máu cấp do ung thư vùng đầu mặt cổ được nút mạch cầm máu<sup>6</sup>. Do đó, việc đánh giá kết quả điều trị can thiệp nội mạch trong thực hành lâm sàng là cần thiết, góp phần hoàn thiện chiến lược và phương pháp xử trí biến chứng chảy máu do ung thư vùng đầu mặt cổ. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả can thiệp đường động mạch điều trị biến chứng chảy máu do ung thư vùng đầu mặt cổ.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Hồi cứu 21 bệnh nhân được chẩn đoán các khối ung thư vùng đầu mặt cổ có biến chứng chảy máu, được can thiệp nút tắc động mạch cầm máu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 11/2022 đến tháng 11/2025.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- + Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vùng đầu mặt cổ, có biến chứng chảy máu từ khối u
- + Được chụp cắt lớp vi tính đánh giá tổn thương và nguồn động mạch
- + Được can thiệp cầm máu dưới máy chụp

mạch số hóa xóa nền (DSA)

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang

**Cỡ mẫu, chọn mẫu:** Mẫu thuận tiện, không xác suất (gồm 21 bệnh nhân)

**Phương tiện nghiên cứu:** Máy chụp cắt lớp vi tính 128 dãy (Definition AS của hãng Siemens - CHLB Đức), máy chụp mạch số hóa xóa nền DSA (Philips - Hà Lan), hệ thống lưu trữ và truyền hình ảnh (PACS).

### **Quy trình nghiên cứu:**

+ Bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư vùng đầu mặt cổ có triệu chứng chảy máu được nhập viện điều trị.

+ Được chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang đánh giá tổn thương vị trí chảy máu và tính chất ngấm thuốc của khối u.

+ Bệnh nhân được can thiệp nội mạch cầm máu

+ Đánh giá kết quả can thiệp.

### **Các chỉ số nghiên cứu:**

+ Thông tin hành chính của bệnh nhân: họ tên, tuổi, giới

+ Chẩn đoán xác định bệnh lý ung thư, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, thông tin phác đồ điều trị trước khi có biến chứng chảy máu

+ Một số đặc điểm lâm sàng

+ Đặc điểm tổn thương động mạch trên phim chụp cắt lớp vi tính và chụp mạch số hóa xóa nền (DSA)

+ Kết quả can thiệp: Tỷ lệ thành công về kỹ thuật, thành công về lâm sàng, chảy máu tái phát, thời gian sống thêm, nguyên nhân tử vong.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được thể hiện ở dạng tần suất và tỷ lệ %, các biến định lượng được tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, xác định thời gian sống thêm thể hiện bằng đường cong Kaplan-Meier, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị  $p < 0,05$ .

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành sau khi Hội đồng đạo đức của Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ thông qua (số Hội đồng đạo đức: 2570/QĐ-BV).

Các thông tin về người bệnh gồm tên, tuổi, địa chỉ, hình ảnh và quá trình điều trị được nhóm nghiên cứu bảo mật, không chia sẻ và chỉ nhằm mục đích cho nghiên cứu, nâng cao chất lượng khám và điều trị tại Bệnh viện.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (trung bình ± SD)		57,7 ± 12,9	(29-80 tuổi)
Giới (nam/nữ; tỷ lệ)		17/4	(4,25)
Nguyên nhân chảy máu	Ung thư lưỡi	8	38,1
	Ung thư sàn miệng	2	9,5
	Ung thư hạ họng	2	9,5
	Ung thư amidan	2	9,5
	Ung thư khác	7	33,3
Giai đoạn ung thư	Giai đoạn II/III	4	19,1
	Giai đoạn IV	17	80,9
Đã hoặc đang điều trị đặc hiệu bằng hóa trị/xạ trị	Có	17	80,9
	Không	4	19,1
Tình trạng sốc mất máu	Có	6	28,6
	Không	15	71,4
Hình ảnh mạch máu khối u trên cắt lớp vi tính	Chảy máu hoạt động	7	33,3
	Giả phình động mạch	5	23,8
	Tăng sinh mạch tại khối u	9	42,9

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 57,7 ± 12,9 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 4,25. Nguyên nhân ung thư lưỡi chiếm đa số 38,1%, ung thư giai đoạn IV chiếm 80,9% (17 bệnh nhân), số lượng bệnh nhân được điều trị đặc hiệu là 17/21 (80,9%). Có 6/21 bệnh nhân có triệu chứng sốc mất máu trên lâm sàng (28,6%). Hình ảnh cắt lớp vi tính cho thấy có 7/21 bệnh nhân (33,3%) có dấu hiệu chảy máu hoạt động, 5/21 bệnh nhân (23,8%) có hình ảnh giả phình động mạch, còn lại là hình ảnh tăng sinh mạch khối u (42,9%).

**3.2. Đặc điểm kỹ thuật và kết quả can thiệp**

**Bảng 2: Đặc điểm kỹ thuật can thiệp**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ thành công	Thành công	20	95,2
	Thất bại	1	4,8
Vật liệu can thiệp	Gelatine sponge	8	38,1
	Vòng xoắn kim loại (coils)	6	28,6
	Hạt hình cầu (Microspheres)	4	19,0
	Keo sinh học	3	14,3
Biến chứng	Không	20	95,2
	Có	1	4,8

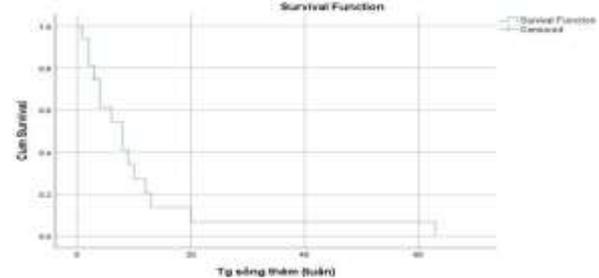
**Nhận xét:** Tỷ lệ can thiệp cầm máu thành công là 95,2%. Vật liệu can thiệp chủ yếu sử dụng gelatine sponge (38,1%) và vòng xoắn kim loại (28,6%). Có 1 trường hợp (4,8%) biến chứng gây phù nửa mặt do tắc hoàn toàn động mạch cảnh ngoài cầm máu, tuy nhiên không có dấu hiệu hoại tử do được tưới máu bù bởi tuần hoàn bàng hệ từ bên đối diện.

**3.3. Theo dõi sau can thiệp**

**Bảng 3: Kết quả theo dõi sau can thiệp**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian sống thêm trung bình (tuần)		11,0 ± 15,3	(từ 1 đến 63 tuần)
Tỷ lệ sống còn sau thời gian theo dõi	Còn sống	4	19,1
	Đã tử vong	17	80,9
Nguyên nhân tử vong	Thất bại thủ thuật	1/17	5,9
	Bệnh tiến triển	13/17	76,5
	Chảy máu tái phát	3/17	17,6

**Nhận xét:** Trong nhóm 17 bệnh nhân đã tử vong sau thời gian theo dõi, thời gian sống thêm trung bình là 11 tuần. Về nguyên nhân tử vong, có 17/17 trường hợp (76,5%) bệnh tiến triển giai đoạn cuối, 3/17 trường hợp (17,6%) chảy máu tái phát và 1 bệnh nhân (4,8%) thất bại thủ thuật và không cầm được máu.



**Biểu đồ 1. Phân tích Kaplan-Meier thời gian sống thêm sau can thiệp**

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 57,7 ± 12,9 tuổi và tỷ lệ nam/ nữ là 5,25. Kết quả này cũng khá tương đồng với các nghiên cứu khác của Boas và CS (tuổi trung bình 56,5; tỷ lệ nam 76,5%)<sup>3</sup> và của Chen và CS (tuổi trung bình 51,72)<sup>7</sup>.

Nguyên nhân gây chảy máu gặp nhiều nhất là ung thư lưỡi (38,1%) và ung thư chủ yếu là ở giai đoạn IV (80,9%). Các nghiên cứu khác cũng nhận định, ung thư lưỡi chiếm phần lớn và chủ yếu người bệnh chảy máu ở giai đoạn nặng của bệnh. Nghiên cứu đa trung tâm của Wang CK (2022) trên 231 bệnh nhân cho thấy chảy máu do ung thư khoang miệng gồm cả ung thư lưỡi

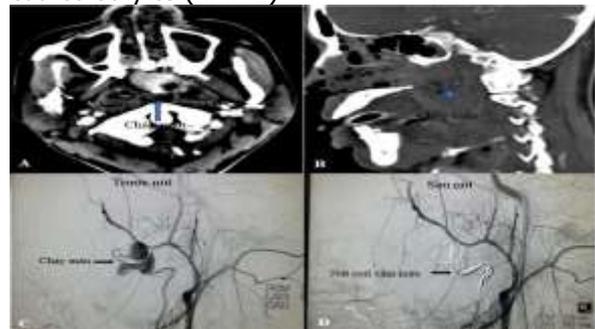
chiếm 40,7% và ung thư ở giai đoạn IV chiếm 56,7%<sup>8</sup>, nghiên cứu của Chen (2010) cho kết quả ung thư lưỡi chiếm 36% và ung thư giai đoạn IV chiếm 72%<sup>7</sup>. Một số nghiên cứu khác nhận định nguyên nhân chảy máu theo phân loại giải phẫu bệnh của ung thư, theo đó ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm đa số các trường hợp, nghiên cứu của Boas (2016) cho tỷ lệ ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm 76,5%<sup>3</sup>, còn kết quả của Storck là 77,8%<sup>4</sup>. Một số các nghiên cứu trên thế giới cho thấy có những yếu tố nguy cơ của chảy máu đối với các ung thư vùng đầu mặt cổ, bao gồm có giai đoạn ung thư, điều trị bằng hóa xạ trị, sút cân hoặc thừa cân - béo phì, và tuổi cao<sup>2, 8</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy có tỷ lệ đa số người bệnh ở giai đoạn IV và được điều trị hóa xạ trị, tuy nhiên chúng tôi không đánh giá được các yếu tố nguy cơ của chảy máu do không có nhóm không chảy máu để so sánh và đánh giá các yếu tố nguy cơ, ngoài ra số lượng chúng tôi thu thập chỉ có 21 trường hợp là chưa đủ lớn để phân tích.

Đối với hình ảnh CLVT trước can thiệp, chúng tôi nhận thấy có 7 trường hợp (33,3%) có chảy máu hoạt động, 5 trường hợp (23,8%) có giả phình động mạch, còn lại 9 trường hợp (42,9%) chỉ thấy được tăng sinh mạch của khối u. Nghiên cứu của Boas (2017) cho thấy chảy máu hoạt động chiếm 31,3%<sup>3</sup>, nghiên cứu của Zhao (2014) cho kết quả chảy máu hoạt động và giả phình động mạch chiếm 66%<sup>5</sup>. Việc đánh giá tổn thương mạch máu trên CLVT trước khi can thiệp có thể là biện pháp giúp xác định vị trí tổn thương mạch máu và từ đó có kế hoạch cho hướng tiếp cận mạch máu khi can thiệp. Một nghiên cứu của Okcesiz (2022) cho thấy vai trò của CLVT trong chẩn đoán vị trí và nguyên nhân chảy máu vùng đầu mặt cổ, và có vai trò quan trọng trong lập kế hoạch cho can thiệp cầm máu<sup>9</sup>. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, CLVT được thực hiện cho 100% các trường hợp và chúng tôi thấy rằng CLVT có vai trò trong lập kế hoạch điều trị, chuẩn bị vật liệu can thiệp, cũng như hướng tiếp cận mạch máu trong quá trình can thiệp. Tuy nhiên chúng tôi cũng nhận thấy rằng vấn đề sử dụng cắt lớp cũng có thể khó khăn khi người bệnh trong tình trạng mất máu nặng, khó có thể đảm bảo đủ điều kiện để đi chụp phim và cũng có thể làm chậm quá trình xử lý tổn thương.

Trong mẫu nghiên cứu 21 bệnh nhân được can thiệp nội mạch cầm máu, có 1 trường hợp thất bại (4,8%) do tổn thương mạch phức tạp, còn lại 20 trường hợp khác can thiệp cầm máu thành công (95,2%). Các nghiên cứu khác cũng

cho thấy rằng can thiệp nội mạch có tỷ lệ thành công cao, đặc biệt ở những bệnh nhân có tổn thương động mạch rõ ràng (chảy máu hoạt động, giả phình động mạch hoặc thông động - tĩnh mạch), tác giả Boas (2016) cho tỷ lệ thành công là 94,1%<sup>3</sup>, tác giả Zhao (2014) và Chen (2010) cho thấy tỷ lệ thành công cầm máu là 100%<sup>5, 7</sup>.

Về vật liệu can thiệp, chúng tôi chủ yếu sử dụng các miếng xốp tắc mạch cắt nhỏ gelatine sponge (38,1%) và vòng xoắn kim loại (28,6%), phần còn lại là các vật liệu khác. Việc lựa chọn vật liệu tắc mạch thực tế phụ thuộc vào hình thái tổn thương mạch, nếu có chảy máu hoạt động hoặc giả phình động mạch thường sẽ được điều trị bằng vòng xoắn kim loại hoặc keo sinh học, còn có hiện tượng tăng sinh mạch trong khối thì có thể điều trị bằng gelatine sponge hoặc các hạt hình cầu gây tắc nhiều nhánh nhỏ trong khối u, tuy nhiên việc lựa chọn vật liệu cũng có thể tùy thuộc vào kinh nghiệm cũng như sự sẵn có của cơ sở y tế (hình 1).



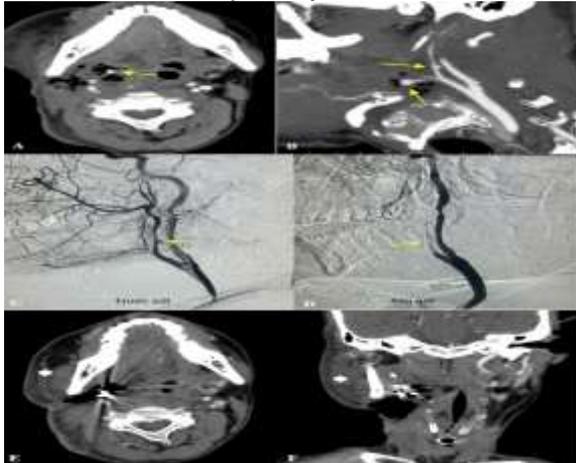
**Hình 1. Bệnh nhân Đinh Văn C., nam 29 tuổi (mã hồ sơ BN001269014)**

Chẩn đoán chảy máu do u lympho biểu hiện ở Amidan. Hình A và B: phim CLVT có máu tụ và chảy máu ở thành sau họng. Hình C: tổn thương là nhánh động mạch hầu lên. Hình D: động mạch chảy máu được nút tắc bằng vòng xoắn kim loại (coil).

Các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cũng thấy rằng về cơ bản không sử dụng thống nhất một loại vật liệu tắc mạch cho toàn bộ bệnh nhân mà phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể. Tác giả Chen (2010), nghiên cứu trên 25 bệnh nhân được cầm máu, tỷ lệ sử dụng gelatine sponge là 44%, sử dụng vòng xoắn kim loại là 44% và phối hợp cả hai là 12%<sup>7</sup>. Tác giả Chou (2007) nghiên cứu trên 63 bệnh nhân, tỷ lệ sử dụng vòng xoắn kim loại là 30%, keo sinh học 36% và hạt nhựa PVA là 16%<sup>10</sup>. Tác giả Boas (2016) sử dụng hạt nhựa hình cầu Microspheres là 25,5%, keo sinh học 23,5%, phối hợp hạt hình cầu với keo là 47,1% và sử dụng stent phủ là 3,9%<sup>3</sup>.

Chúng tôi gặp 1 bệnh nhân có biến chứng

phù nửa mặt sau can thiệp, đây là trường hợp được chẩn đoán ung thư lưỡi giai đoạn muộn, đã được điều trị đặc hiệu đủ phác đồ hóa trị và xạ trị, khối u lan rộng gây hoại tử và chảy máu từ nhánh chính của động mạch cảnh trong và từ động mạch lưỡi. Chúng tôi can thiệp cầm máu bằng cách nút tắc hoàn toàn động mạch cảnh ngoài kết hợp nút động mạch lưỡi, người bệnh cầm máu ngay sau đó. Tuy nhiên, sau can thiệp có phù nửa bên mặt do bị thiếu máu nhưng không có triệu chứng gì bất thường khác, tình trạng phù được cải thiện dần do được tưới máu bù trừ từ bên lành (hình 2).



**Hình 2. Bệnh nhân Bùi Ngọc M., nam 45 tuổi (mã hồ sơ BN001556698)**

Chẩn đoán chảy máu do ung thư lưỡi bên phải. Hình A và B: phim CLVT thấy hình ảnh giả phình động mạch cảnh ngoài và động mạch lưỡi phải (các mũi tên vàng). Hình C và D: phim chụp mạch trước và sau nút tắc thân chính động mạch cảnh trong bằng vòng xoắn kim loại (mũi tên vàng). Hình E và F: phim CLVT sau 3 ngày can thiệp thấy hình ảnh phù nề phần mềm mặt bên phải, giảm tưới máu vùng mặt phải so với bên trái (dấu sao).

Trong thời gian theo dõi sau can thiệp, chúng tôi nhận thấy đã có 17 bệnh nhân tử vong (80,9%) với thời gian sống thêm trung bình là 11 tuần. Nguyên nhân tử vong chủ yếu do bệnh tiến triển giai đoạn muộn chiếm 76,5% (13/17 trường hợp), chảy máu tái phát 17,6% (3/17) và thất bại can thiệp 1 trường hợp. Theo biểu đồ 1, đường cong sống thêm Kaplan-Meier cho thấy, hầu hết các bệnh nhân tử vong trong vòng 20 tuần đầu tiên. Chúng tôi nhận thấy rằng, thời gian sống thêm của các bệnh nhân sau can thiệp không được lâu dài, điều này có thể do bản thân người bệnh chảy máu thường xảy ra ở giai đoạn muộn, phối hợp thêm tình trạng chảy máu nặng

và có thể xuất hiện thêm các biến chứng khác nữa, nên tiên lượng sống thêm có thể ảnh hưởng. Các nghiên cứu khác cũng cho kết luận thời gian sống thêm của bệnh nhân chảy máu do ung thư vùng đầu mặt cổ thường không dài, theo tác giả Boas là 132,5 ngày<sup>3</sup>, tác giả Zhao là 3 tháng<sup>5</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 21 trường hợp được can thiệp nội mạch điều trị chảy máu do ung thư vùng đầu mặt cổ, chúng tôi xin đưa ra kết luận: can thiệp nội mạch là phương pháp hiệu quả trong kiểm soát chảy máu với tỷ lệ thành công cao kết quả thành công 20 ca chiếm 95,2% thất bại 1 ca chiếm 4.8% và ít biến chứng. Tuy nhiên, thời gian sống thêm vẫn hạn chế bình quân 11 tuần do đa số bệnh nhân đã ở giai đoạn bệnh tiến triển hoặc giai đoạn muộn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chou CP, Lai WA, Pan BL, et al.** Effects of Hospice Care for Terminal Head and Neck Cancer Patients: A Nationwide Population-Based Matched Cohort Study. *J Palliat Med.* 2021;24(9):1299-1306.
2. **Self EM, Bumpous J, Ziegler C, et al.** Risk factors for hemorrhage after chemoradiation for oropharyngeal squamous cell carcinoma. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;139(4):356-361.
3. **Vilas Boas PP, de Castro-Afonso LH, Monsignore LM, et al.** Endovascular Management of Patients with Head and Neck Cancers Presenting with Acute Hemorrhage: A Single-Center Retrospective Study. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2017;40(4):510-519.
4. **Storck K, Kreiser K, Hauber J, et al.** Management and prevention of acute bleedings in the head and neck area with interventional radiology. *Head Face Med.* 2016;12:6.
5. **Zhao LB, Shi HB, Park S, et al.** Acute bleeding in the head and neck: angiographic findings and endovascular management. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2014;35(2):360-366.
6. **Trịnh Tú Tâm NQD, Bùi Văn Giang.** Nút mạch điều trị chảy máu cấp khối u vùng đầu mặt cổ: nhân 3 trường hợp. *Tạp chí Điện quang và Y học hạt nhân Việt Nam.* 2017;27:64-68.
7. **Chen YF, Lo YC, Lin WC, et al.** Transarterial embolization for control of bleeding in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;142(1):90-94.
8. **Wang CK, Ho CF, Niu KY, et al.** Risk factors for rebleeding and long-term outcomes in patients with head and neck cancer bleeding: a multicenter study. *BMC Cancer.* 2022;22(1):841.
9. **Okcesiz I, Donmez H, Vural A, et al.** The role of CT angiography and endovascular treatment in acute-massive head and neck bleeding. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2022;279(2):875-882.
10. **Chou WC, Lu CH, Lin G, et al.** Transcutaneous arterial embolization to control massive tumor bleeding in head and neck cancer: 63 patients' experiences from a single medical center. *Support Care Cancer.* 2007;15(10):1185-1190.

# NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI DỊCH TỄ HỌC Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105, NĂM 2025

Hồ Văn Thanh<sup>1</sup>, Hồ Văn Tuấn Kiệt<sup>1</sup>, Lê Thị Xuân Đào<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu 120 bệnh nhân đột quy não (ĐQN) được cấp cứu và điều trị tại Bệnh viện Quân y 105 – Phường Sơn Tây – Thành phố Hà Nội, từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 12 năm 2025. Kết quả cho thấy lứa tuổi thường gặp từ 40 - 59 tuổi, chiếm tỷ lệ 63,3% (76/120), tiếp theo là ≥60 tuổi chiếm 23,3% (28/120). Tỷ lệ bệnh nhân nam là 70,5%, nữ 29,5%. Trình độ trung học trở lên chiếm đa số (98,4%); tỷ lệ nghiện thuốc lá 65%, uống rượu 66,7%; tăng huyết áp (60%), đái tháo đường (30%), rối loạn lipid (61,7%), béo phì (60%), bệnh tim mạn tính (46,7%). 98,3% người bệnh sống cùng gia đình, 68,3% cư trú ở vùng nông thôn. Thời gian bị bệnh thường gặp trong khoảng từ 0 – 12 giờ (56,6%), kiểu khởi phát đột ngột chiếm 85%, hoàn cảnh bị bệnh thường gặp lúc nghỉ ngơi (81,6%), thời gian vào viện trên 6 giờ chiếm 55%. Đau đầu, chóng mặt, tê bì, rối loạn ngôn ngữ là dấu hiệu tiên triệu hay gặp nhất. Triệu chứng thần kinh thường gặp, rối loạn ý thức (86,6%), liệt nửa người (98,3%), liệt dây thần kinh sọ (58,3%), rối loạn cảm giác (80%), rối loạn ngôn ngữ (83,3%). Hình ảnh nhồi máu não chiếm 90%, vị trí nhân xám – bao trong chiếm 56,6%, tổn thương 1 ổ là chính (85%), đường kính ≤ 3cm chiếm 60%, di lệch đường giữa chiếm 43,4%. Có sự thay đổi cơ cấu một số yếu tố dịch tễ đột quy não so với các nghiên cứu trước. Cần thực hiện tốt công tác tuyên truyền, tư vấn, điều trị, phục hồi chức năng cho người bệnh tại bệnh viện và cộng đồng.

**Từ khóa:** Đột quy não, dịch tễ học đột quy não.

## SUMMARY

### STUDY ON CHANGES IN EPIDEMIOLOGY OF PATIENTS WITH STROKE TREATED AT MILITARY HOSPITAL 105, 2025

The study was conducted on 120 patients diagnosed with strokes (Cerebrovascular Accident - CVA) who were admitted for emergency care and treated at Military Hospital 105 - Son Tay Ward - Ha Noi City, between January and December, 2025. Results showed that the most common age group was 40 - 59 years old (63,3% or 76/120), followed by those over the age of 60 (23,3% or 28/120). Male patients were more prevalent than females (70,5% vs 29,5%). Most patients had an educational level of junior high school or above (98,4%). The prevalence of smoking was 65%, alcohol consumption 66,7%, hypertension 60%, diabetes mellitus 30%, dyslipidemia 61,7%, obesity 60%, and chronic heart

disease 46,7%. The majority of patients lived with their families (98,3%) and 68,3% resided in rural areas. The most common time from symptom onset to disease occurrence was within 0 - 12 hours (56,6%). Sudden onset was predominant (85%), stroke most frequently occurred during rest (81,6%) and hospital admission more than 6 hours after onset accounted for 55% of cases. Headache, dizziness, numbness and speech disorder were the most common prodromal symptoms. Common neurological manifestations included impaired consciousness (86,6%), hemiplegia (98,3%), cranial nerve palsy (58,3%), sensory disorders (80%) and language disorders (83,3%). Neuroimaging showed cerebral infarction in 90% of cases. The most frequent lesion location was the basal ganglia-internal capsule region (56,6%). Single-lesion injuries were predominant (85%), lesion diameter ≤ 3 cm accounted for 60% and midline shift was observed in 43,4% of patients. There were notable changes in the distribution of several epidemiological factors of stroke compared with previous studies. Promoting health education, counseling, treatment and rehabilitation for stroke patients at both hospital and community levels is essential.

**Keywords:** Stroke, stroke epidemiology.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới, đột quy là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau các bệnh lý về tim mạch và ung thư nhưng đứng hàng đầu về tỷ lệ tàn tật ở người trưởng thành. Tỷ lệ mắc bệnh đột quy não ở các nước phát triển rất cao. Hàng năm Hoa Kỳ có thêm 500.000 người bị đột quy mới, phần lớn xảy ra sau 55 tuổi, tỷ lệ tử vong cao khoảng 30% - 40% trong tháng đầu tiên sau tai biến, 2/3 số người được cứu sống bị tàn tật, hàng năm ước tính phải chi phí trên 7 tỷ đô la cho điều trị và phục hồi chức năng bệnh nhân đột quy não [1]. Tại Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về đột quy não, các tác giả hầu hết chỉ tập trung đi sâu nghiên cứu về lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và điều trị. Trong khoảng vài năm gần đây, có một số nghiên cứu dịch tễ học về đột quy não ở một số địa phương, tuy vậy số liệu thu được có kết quả rất khác nhau [4].

Sơn Tây là một phường, thuộc thành phố Hà Nội. Là trung tâm kinh tế, văn hóa, chính trị, xã hội của khu vực phía Tây Bắc thủ đô Hà Nội. Thị xã Sơn Tây có diện tích 11.346 ha, dân số 320.000 người. Phường Sơn Tây có hai bệnh viện thu dung điều trị là Bệnh viện đa khoa khu vực Sơn Tây và Bệnh viện Quân y 105. Theo số liệu nghiên cứu về đột quy não trước đây tại

<sup>1</sup>Tổng cục Hậu cần - Kỹ thuật

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Văn Thanh

Email: hovanthanh1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 22.12.2025