

xu hướng giảm độc tính hơn so với phương pháp 3D-CRT dù chưa có ý nghĩa thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al.** Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *Eur J Cancer*. 2018;103:356-387. doi:10.1016/j.ejca.2018.07.005
2. **Võ Văn Xuân, Nguyễn Đại Bình.** Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật xạ trị gia tốc tăng phân liều tiền phẫu kết hợp với phẫu thuật ung thư trực tràng. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 2012;số 2-2012, Hội phòng chống Ung thư Việt Nam:57-66.
3. **Kim JC, Kim TW, Kim JH, et al.** Preoperative concurrent radiotherapy with capecitabine before total mesorectal excision in locally advanced rectal cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005;63(2):346-353. doi:10.1016/j.ijrobp.2005.02.046
4. **Jasper Nijkamp, Karin Haustermans, and Corrie A.M. Marijnen.** What is the role of IMRT and IGRT in rectal cancer. s.l. In: *Multidisciplinary Management of Rectal Cancer, Questions and Answers*. Springer- Verlag Berlin Heidelberg; 2012:129-148.
5. **Sk J, S P, Jm H, et al.** Intensity-modulated radiation therapy for rectal carcinoma can reduce treatment breaks and emergency department visits. *International journal of surgical oncology*. doi:10.1155/2012/891067
6. **Jabbour SK, Patel S, Herman JM, et al.** Intensity-modulated radiation therapy for rectal carcinoma can reduce treatment breaks and emergency department visits. *Int J Surg Oncol*. 2012;2012:891067. doi:10.1155/2012/891067

## CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ CAO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Thanh Dũng<sup>1,2</sup>, Thân Văn Sỹ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của can thiệp nội mạch trong điều trị xuất huyết tiêu hoá cao. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên các bệnh nhân (BN) xuất huyết tiêu hoá cao được can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ 10/2017 đến 10/2022. **Kết quả:** 65 bệnh nhân gồm 44 nam và 21 nữ với độ tuổi trung bình 56,5 tuổi. Nguyên nhân chảy máu: 24 BN sau phẫu thuật mật – tụy, 25 trường hợp viêm loét dạ dày – tá tràng chảy máu, 5 BN do viêm tụy, 5 BN sau đặt stent đường mật hoặc phẫu thuật đường mật, 2 BN sau chấn thương tụy, 3 BN do dị dạng mạch, 1 BN do u tá tràng chảy máu. 36 BN (55,4%) được thực hiện nội soi dạ dày – tá tràng trước can thiệp, trong đó có 30 BN phát hiện tổn thương nhưng can thiệp thất bại. 43 BN được truyền máu (66,1%), 11 BN (16,9%) phải dùng vận mạch trước can thiệp. Tổn thương trực tiếp được phát hiện ở 49 BN (75,4%): 20 BN có chảy máu hoạt động, 28 BN giả phình ĐM và 1 BN có hình ảnh lóc tách ĐM. 12 trường hợp dùng coils (18,5%), 19 BN dùng keo sinh học (29,2%), 33 trường hợp phối hợp coils và keo sinh học (50,7%), 1 trường hợp được nút mạch tạm thời bằng gelfoam (1,6%). Không có bệnh nhân nào chảy máu tái phát sau 24 giờ, 5 bệnh nhân chảy máu tái phát sau 14 ngày (7,7%). 2 BN có biểu hiện suy gan sau tắc ĐM gan riêng, trong đó có 1 trường hợp

suy gan không hồi phục. 2 BN tử vong trong vòng 30 ngày (3,1%). **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị chảy máu tiêu hoá cao, đặc biệt ở những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa/can thiệp nội soi thất bại, hoặc những trường hợp biến chứng mạch máu sau can thiệp hoặc phẫu thuật.

**Từ khoá:** xuất huyết tiêu hoá cao, can thiệp nội mạch, nôn máu

### SUMMARY

#### ENDOVASCULAR TREATMENT FOR UPPER GASTROINTESTINAL HAEMORRHAGE IN VIET DUC HOSPITAL

**Objective:** This study to evaluate the safety and effectiveness of endovascular intervention in treating upper gastrointestinal bleeding. **Patients and methods:** Retrospective study on patients with high gastrointestinal bleeding undergoing endovascular intervention at Viet Duc University Hospital between October 2017 and October 2022. **Results:** 65 patients, including 44 men and 21 women, with an average age of 56.5 years. Causes of bleeding: 24 patients after biliary-pancreatic surgery, 25 cases of peptic ulcer bleeding, 5 patients due to pancreatitis, 5 patients after biliary stenting or biliary surgery, 2 patients after pancreatic trauma injury, 3 patients due to vascular malformation, 1 patient due to bleeding duodenal tumour. 36 patients (55.4%) were performed gastroduodenal endoscopy before the intervention, of which 30 patients detected lesions, but failed to control bleeding under endoscopy. 43 patients received blood transfusion (66.1%), and 11 patients (16.9%) had received vasopressors before intervention. Vascular injuries were detected in 49 patients (75.4%): 20 had active bleeding, 28 had aneurysm pseudoaneurysm, and 1 had an artery

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023

dissection. 12 cases using coils (18.5%), 19 patients using glue (29.2%), 33 patients combining coils and bio-glue (50.7%), 1 case was temporarily blocked with gelfoam (1.6%). There was no recurrent bleeding after 24 hours and 5 recurrent bleeding after 14 days (7.7%). 2 patients presented with liver failure after separate hepatic artery occlusion, including 1 case of irreversible liver failure. 2 patients died within 30 days (3.1%). **Conclusion:** Endovascular intervention is a safe and effective method for treating upper gastrointestinal bleeding, especially in patients who have failed to medical therapy/endoscopic intervention or who have vascular complications after intervention or surgery.

**Keywords:** upper gastrointestinal bleeding, gastrointestinal hemorrhage, embolization

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hoá (XHTH) cao được định nghĩa là tình trạng chảy máu vào trong lòng ống tiêu hoá bắt nguồn từ thực quản đến góc Treitz. Việc xác định chính xác nguyên nhân và vị trí chảy máu đôi khi khá phức tạp do chiều dài của ống tiêu hoá. Các triệu chứng chung của XHTH cao gồm nôn máu và đi ngoài phân đen, các thay đổi toàn thân và xét nghiệm phụ thuộc, mức độ mất máu. Nội soi tiêu hoá vẫn là lựa chọn hàng đầu trong đa số các trường hợp giúp chẩn đoán và can thiệp cầm máu, nhất là do nguyên nhân viêm/loét dạ dày – tá tràng, vỡ giãn tĩnh mạch. Mặc dù vậy, một số bệnh nhân không được tiến hành nội soi tiêu hoá do huyết động không ổn định hoặc nghĩ đến do biến chứng động mạch sau can thiệp. Ngoài ra, 10-20% các bệnh nhân có chảy máu tái phát sau can thiệp bằng nội soi [1]. Chụp mạch số hoá xoá nền (DSA) và can thiệp nội mạch là phương pháp có hiệu quả cho các trường hợp XHTH cao thất bại với nội soi can thiệp, đặc biệt ở các bệnh nhân có biến chứng mạch máu [2], [3]. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn, hiệu quả

của phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị XHTH cao tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

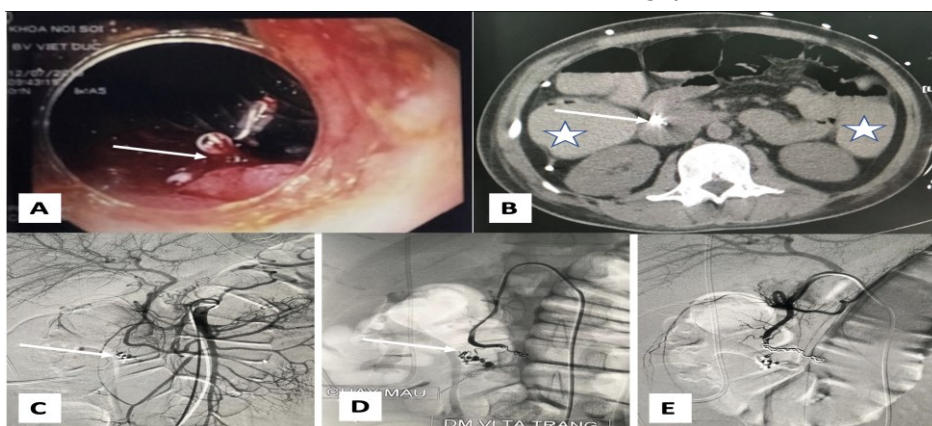
**2.1. Đối tượng.** 65 trường hợp XHTH cao đã được chẩn đoán và điều trị bằng can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 10/2017 đến 10/2022.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. Các thông tin về tuổi, giới, dịch tễ, Các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, nội soi, cắt lớp vi tính (CLVT), các thông tin liên quan đến can thiệp nội mạch, kết quả can thiệp và theo dõi sau thủ thuật được ghi nhận.

**2.2. Quy trình thực hiện.** Các bệnh nhân có xuất huyết tiêu hoá cao trên lâm sàng, được đánh giá, điều trị nội khoa, nội soi (can thiệp), phân loại mức độ chảy máu theo Forrest (Ia-b: chảy máu hoạt động, IIa-c: dấu hiệu chảy máu mới, III: các tổn thương không có chảy máu hoạt động).

CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang được thực hiện trước khi can thiệp nội mạch trong các trường hợp nội soi thất bại. Trong trường hợp thất bại với nội soi hoặc phát hiện tổn thương mạch trên CLVT sẽ được chỉ định can thiệp nội mạch.

Chụp và can thiệp nội mạch: Động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên được chụp chọn lọc để tìm tổn thương. Chụp siêu chọn lọc nhánh mạch tổn thương bằng microcatheter 1.8-2.7F. Hệ thống microcatheter đồng trục được tiếp cận sát vị trí ĐM tổn thương nhất có thể. Vật liệu nút mạch được lựa chọn gồm (Gelfoam, coils, hạt, N-Butyl Cyanoacrylate) tùy từng trường hợp cụ thể. Sau nút mạch bệnh nhân được theo dõi lâm sàng, điều trị nội khoa, đánh giá tình trạng mất máu, số lượng máu truyền, chảy máu tái phát trong vòng 1 tuần, và 30 ngày.



**Hình 1. Bệnh nhân nam 27 tuổi**

Tiền sử chấn thương sọ não cách 3 tuần, đang điều trị nội trú. Xuất huyết tiêu hoá cấp do ổ loét hành tá tràng, đã nội soi kẹp clips cầm máu 3 lần thất bại (mũi tên trắng). Trên phim CLVT thấy nhiều dịch máu trong lòng ruột non (hình ngôi sao). Bệnh nhân sau đó được chụp phát hiện ổ thoát thuốc từ ĐM vị tá tràng. Tổn thương được nút tắc chọn lọc bằng 3 coils 7/60mm (hình C, D, E).

Kết quả điều trị được coi là thành công khi cầm được máu, không có chảy máu tái phát trong vòng 30 ngày và/hoặc không có tử vong liên quan đến chảy máu sau can thiệp. Thành công về mặt kỹ thuật được định nghĩa là loại bỏ hoàn toàn tổn thương phình mạch và/hoặc thoát thuốc thì động mạch, hoặc loại bỏ hoàn toàn đoạn mạch tổn thương trên hình ảnh chụp mạch kiểm tra sau can thiệp.

**2.3. Phân tích số liệu.** Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, Hoa Kỳ). Các biến số liên tục được biểu thị dưới dạng giá trị trung bình, trung vị [min – max], hoặc tỷ lệ phần trăm với biến định tính.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu hồi cứu số liệu từ hồ sơ bệnh án, hệ thống PACS và được sự đồng ý của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Mọi thông tin, số liệu được nghi nhận trung thực, chính xác chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

65 bệnh trong nghiên cứu (gồm 44 nam và 21 nữ) có độ tuổi trung bình 56,5 tuổi. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu được thể hiện ở Bảng 1. 46 BN (70,8%) được thực hiện nội soi thực quản - dạ dày – tá tràng trước can thiệp, trong đó có 43 BN (93,5%) phát hiện tổn thương nhưng can thiệp thất bại. 58 BN (89,2%) được chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang trước can thiệp.

Tại thời điểm nút mạch, huyết áp tâm thu trung bình của các bệnh nhân là 96 ± 22 mmHg, nhịp tim trung bình 112 ± 23 nhịp/phút, thuốc vận mạch được sử dụng ở 10 (15,4%) bệnh nhân nhằm duy trì huyết áp tâm thu > 90mmHg. Tình trạng rối loạn đông máu thấy ở 18 (27,7%) bệnh nhân.

**Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| <b>Số bệnh nhân</b> | <b>65</b> |
| Tuổi                | 56,5      |
| Giới (Nam/nữ)       | 44/21     |
| <b>Nguyên nhân</b>  |           |

|  |            |
|--|------------|
| Sau phẫu thuật tá - tụy                      | 24 (36,9%) |
| Loét dạ dày - tá tràng                       | 25 (38,5%) |
| Sau đặt stent đường mật/phẫu thuật đường mật | 5 (7,7%)   |
| Viêm tụy                                     | 5 (7,7%)   |
| Chấn thương tụy                              | 2 (3,1%)   |
| Dị dạng mạch tá tràng                        | 3 (4,6%)   |
| U tá tràng                                   | 1 (1,5%)   |
| <b>Triệu chứng cơ năng</b>                   |            |
| Nôn máu                                      | 50 (76,9%) |
| Đi ngoài phân đen                            | 45 (69,2%) |
| Đau bụng cấp                                 | 33 (50,8%) |
| Chảy máu qua sonde dẫn lưu                   | 15 (23,1%) |
| <b>Bất thường về lâm sàng và xét nghiệm</b>  |            |
| Huyết động không ổn định                     | 24 (36,9%) |
| Giảm Hemoglobin và Hematocrit                | 56 (86,1%) |
| <b>Rối loạn đông máu</b>                     |            |
| Tiểu cầu < 50 G/L và/hoặc PT <70%            | 12 (18,5%) |
| <b>Truyền máu trước can thiệp</b>            | 39 (60%)   |
| <b>Sử dụng thuốc vận mạch</b>                | 9 (13,8%)  |

Các thông số liên quan đến can thiệp nội mạch được trình bày ở Bảng 2. 41 trường hợp thấy rõ tổn thương giả phình mạch/thoát thuốc trên CLVT tương ứng với DSA. Ngược lại, có 8 bệnh nhân chỉ thấy các dấu hiệu gián tiếp gợi ý chảy máu trên CLVT (máu tụ quanh tổn thương, nhiều dịch máu tăng tỷ trọng tự nhiên trong lòng ruột) nhưng thấy thoát thuốc/giả phình mạch trên DSA. 2 trường hợp thấy tổn thương trên CLVT nhưng DSA không quan sát thấy tổn thương, và 14 trường hợp không thấy tổn thương trên CLVT và DSA; các bệnh nhân này sau đó được nút mạch dựa theo vị trí tổn thương trên hình ảnh CLVT và/hoặc nội soi.

**Bảng 2: Thông tin liên quan đến can thiệp nội mạch**

|                                     | <b>N (%)</b>      |
|-------------------------------------|-------------------|
| <b>Vị trí giải phẫu</b>             |                   |
| Động mạch vị tá tràng               | 9 (39.1%)         |
| Động mạch tá tụy                    | 5 (21.7%)         |
| Động mạch tụy lưng                  | 1 (4.4%)          |
| Động mạch vị ngắn                   | 1 (4.4%)          |
| Nhánh động mạch mạc treo tràng trên | 4 (17.4%)         |
| Động mạch gan                       | 2 (8.6%)          |
| Động mạch túi mật                   | 1 (4.4%)          |
| <b>Tổn thương trên DSA</b>          | 49 (75,4%)        |
| Thoát thuốc thì động mạch           | 20 (30,8%)        |
| Giả phình mạch                      | 28 (43,1%)        |
| Lọc tách                            | 1 (1,5%)          |
| Không thấy tổn thương trực tiếp     | 16 (24,6%)        |
| <b>Thấy tổn thương trên CLVT</b>    | <b>43 (74,1%)</b> |

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b>Không thấy tổn thương trên CLVT và DSA</b> | <b>14 (21,5%)</b> |
|---|-------------------|

Các thông số liên quan đến chi tiết thủ thuật và kết quả can thiệp được trình bày ở Bảng 3. Không có bệnh nhân nào chảy máu tái phát sau 24 giờ. 5 bệnh nhân chảy máu tái phát sau 14 ngày (7,7%). 2 BN có biểu hiện suy gan sau tắc ĐM gan riêng, trong đó có 1 trường hợp suy gan không hồi phục. 2 BN tử vong trong vòng 30 ngày (3,1%).

**Bảng 3: Chi tiết thủ thuật và kết quả can thiệp**

| <b>Thủ thuật</b>                                     | <b>N = 65 (%)</b> |
|--|-------------------|
| <b>Phương pháp nút mạch</b>                          |                   |
| Coil   | 12 (18,5%)        |
| N-butyl cyanoacrylate                                | 19 (29,2%)        |
| Coils + N-butyl cyanoacrylate                        | 33 (50,7%)        |
| Gelfoams   | 1 (1,6%)          |
| <b>Kết quả can thiệp</b>                             |                   |
| Cầm máu thành công, không tái phát trong 24 giờ      | 63 (96,9%)        |
| Cần phải phẫu thuật/can thiệp lại trong vòng 14 ngày | 5 (7,7%)          |
| Thiếu máu tạng                                       | 2 (3,1%)          |
| Tử vong trong vòng 30 ngày sau can thiệp             | 2 (3,1%)          |

#### IV. BÀN LUẬN

Các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hoá trên được chia làm 2 nhóm: giãn tĩnh mạch và nhóm không do giãn tĩnh mạch: loét dạ dày – tá tràng, hội chứng Mallory Weiss, viêm thực quản chảy máu... Biểu chứng xuất huyết tiêu hoá sau các can thiệp gan mật, phẫu thuật vùng tá tụy ít gặp, tuy nhiên có tỷ lệ tử vong cao (11-54%) và được chia thành biến chứng sớm (liên quan đến cuộc phẫu thuật) và muộn (liên quan đến viêm, rò miệng nối, hoại tử...)[4]. Với các nguyên nhân do biến chứng động mạch sau can thiệp, phẫu thuật hoặc do viêm tụy cần được nút mạch hoặc phẫu thuật [4, 5].

CLVT là phương tiện chẩn đoán có độ tin cậy cao, với khả năng phát hiện dấu hiệu chảy máu hoạt động lưu lượng thấp 0.3 - 0.4ml/phút, giúp đánh giá tổng thể tình trạng các tạng trong ổ bụng, đặc biệt là các trường hợp nghi đến biến chứng mạch máu sau can thiệp/phẫu thuật. Mặc dù vậy CLVT chỉ nên chỉ định trong các trường hợp huyết động ổn định. Trong trường hợp can thiệp DSA thất bại thì kết quả chụp DSA cũng giúp ích cho việc lên chiến lược phẫu thuật sau đó [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7 bệnh nhân không được thực hiện CLVT trước can thiệp do các lý do huyết động không ổn định do

đó việc chỉ định DSA là cần thiết.

DSA cho phép chẩn đoán chính xác vị trí chảy máu trong 70-90% các trường hợp, nhưng có thể âm tính giả trong trường hợp chảy máu ngắt quãng, hoặc trong trường hợp tổn thương chảy máu tốc độ <0.5 – 1 ml/phút. Chính vì vậy nhiều tác giả khuyến nghị trong trường hợp DSA không phát hiện tổn thương ở lần thăm khám đầu tiên nhưng vẫn còn dấu hiệu chảy máu thì nên chụp lại DSA lần hai sau 6 - 24 giờ [7].

Các tổn thương mạch máu được phân loại gồm: chảy máu hoạt động - tức máu còn đang chảy, giả phình mạch – tổn thương tạm thời được khu trú lại nhưng nguy cơ vỡ thứ phát, và thành mạch nhăm nhỡ không đều - do đưng dập/co thắt/huyết khối không đều. Giả phình mạch là tổn thương hay gặp nhất, chiếm 61% tổng số các tổn thương mạch và cũng là nguyên nhân chính gây ra chảy máu tái phát [5]. Các vật liệu nút mạch đòi hỏi vừa phải đảm bảo tác dụng cầm máu, vừa đảm bảo an toàn, tránh các biến chứng thiếu máu tạng. Một số vật liệu thường được sử dụng gồm: vòng xoắn kim loại (coils), hạt, keo sinh học (N-butyl cyanoacrylate), hoặc vật liệu tạm thời như gelfoam. Việc lựa chọn vật liệu nút mạch tùy vào hình thái, vị trí và tuần hoàn phía sau tổn thương, sự liên quan tới các tạng xung quanh. Chúng tôi thường sử dụng vòng xoắn kim loại để điều trị các mạch tổn thương có đường kính >2mm, đặc biệt là các mạch tận. N-butyl cyanoacrylate được sử dụng khá phổ biến, do khả năng gây tắc mạch vĩnh viễn, không phụ thuộc tình trạng đông máu, đặc biệt với đoạn mạch có nhiều tuần hoàn bàng hệ, hoặc tổn thương nhỏ không thể chọn lọc [8]. Hạt cũng là vật liệu tắc mạch vĩnh viễn, phù hợp trong nút mạch các khối u chảy máu, tuy nhiên không phù hợp với các mạch có khẩu kính lớn hoặc có tuần hoàn bàng hệ phong phú. Gelfoam là vật liệu tắc mạch tạm thời, tác dụng tắc các nhánh mạch lớn, ít khi gây tắc tới các nhánh mạch nhỏ, vì vậy mà ít biến chứng thiếu máu hoại tử.

Can thiệp nội mạch được coi là phương pháp an toàn, hiệu quả, với sự xâm nhập tối thiểu. Theo nhiều nghiên cứu, biến chứng xảy ra sau nút mạch với tỷ lệ thấp, chủ yếu do di chuyển vật liệu nút mạch, gây thiếu máu tạng, hoại tử dạ dày ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cầm máu tức thì đạt 96,9%, có 2 trường hợp thất bại mặc dù thấy tổn thương từ một nhánh nhỏ của ĐM mạc treo tràng trên nên không thể chọn lọc. Hai trường hợp suy gan sau tắc ĐM gan riêng do bang hệ trong gan kém. Tỷ lệ chảy

máu tái phát và tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp. Điều này lý giải do tỷ lệ bệnh nhân chảy máu sau phẫu thuật với tổn thương rõ ràng và đơn độc nên khá cao nên khả năng điều trị triệt để cao hơn các nghiên cứu khác.

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là phương pháp xâm lấn tối thiểu, hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị chảy máu tiêu hoá cao. Phương pháp này nên được chỉ định ở những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc đã thất bại với can thiệp nội soi, những trường hợp biến chứng mạch máu sau can thiệp/phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wong, T.C.L., et al., A comparison of angiographic embolization with surgery after failed endoscopic hemostasis to bleeding peptic ulcers. *Gastrointestinal endoscopy*, 2011. 73(5): p. 900-908.
2. Barkun, A.N., et al., International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Annals of internal medicine*, 2010. 152(2): p. 101-113.
3. Mirsadraee, S., et al., Embolization for non-variceal upper gastrointestinal tract haemorrhage: a systematic review. *Clinical radiology*, 2011. 66(6): p. 500-509.
4. Zhou, T.-Y., et al., Post-pancreaticoduodenectomy hemorrhage: DSA diagnosis and endovascular treatment. *Oncotarget*, 2017. 8(43): p. 73684.
5. Kim, J., et al., Endovascular intervention for management of pancreatitis-related bleeding: a retrospective analysis of thirty-seven patients at a single institution. *Diagnostic and Interventional Radiology*, 2015. 21(2): p. 140.
6. Lee, H.G., et al., Management of bleeding from pseudoaneurysms following pancreaticoduodenectomy. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 2010. 16(10): p. 1239.
7. Iswanto, S. and M.L. Nussbaum, Hepatic artery pseudoaneurysm after surgical treatment for pancreatic cancer: minimally invasive angiographic techniques as the preferred treatment. *North American journal of medical sciences*, 2014. 6(6): p. 287.
8. Jae, H.J., et al., Transcatheter arterial embolization of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding with N-butyl cyanoacrylate. *Korean journal of radiology*, 2007. 8(1): p. 48-56.
9. Huang, Y.-S., et al., Transcatheter arterial embolization with N-butyl cyanoacrylate for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in hemodynamically unstable patients: results and predictors of clinical outcomes. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 2014. 25(12): p. 1850-1857.

## GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM XOANG DO NẤM

Hoàng Thị Quyên<sup>1</sup>, Hoàng Đình Âu<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá giá trị của CLVT đa dãy trong chẩn đoán viêm xoang do nấm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 31 bệnh nhân chẩn đoán lâm sàng là viêm xoang nghi do nấm, được chụp cắt lớp vi tính mũi xoang, được tiến hành phẫu thuật và làm xét nghiệm soi tươi, giải phẫu bệnh tại bệnh viện đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 06/2022 đến 12/2022. Dựa trên kết quả soi tươi hoặc giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng từ đó tính ra độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của CLVT trong chẩn đoán viêm xoang do nấm. **Kết quả:** có 24 nữ/07nam, độ tuổi trung bình là 54.16±12.13, nghề nghiệp tự do và hưu trí chiếm 35.5%, sống ở khu vực thành thị chiếm 64.5%. Triệu chứng chảy mũi chiếm 93.5%, ngạt mũi chiếm 87.1%, nội soi thấy dịch khe

và sàn mũi chiếm 90.3%. CLVT có hình ảnh khối mờ hỗn hợp trong lòng xoang chiếm 100%, dày thành xương chiếm 96.8%, nốt vôi hoá trong khối mờ chiếm 80.6%. Tỷ lệ chẩn đoán đúng của CLVT so với kết quả soi tươi/ giải phẫu bệnh là 83.9 %. Độ nhạy, độ đặc hiệu, và độ chính xác CLVT đạt 100% trong đánh giá vị trí mô nghi nấm trong xoang so với kết quả phẫu thuật. CLVT hạn chế trong đánh giá độ xâm lấn ở thể viêm xoang do nấm xâm nhập mạn tính ở lớp niêm mạc. **Kết luận:** CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán viêm xoang do nấm. Cần chụp CLVT mũi xoang trong trường hợp nghi ngờ viêm xoang do nấm.

**Từ khóa:** viêm mũi xoang do nấm, nấm cầu, viêm xoang do nấm xâm nhập mạn tính.

### SUMMARY

#### THE VALUE OF MULTISLICES COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF FUNGAL SINUSITIS

**Purpose:** To access the role of multislices computed tomography (MSCT) in the diagnosis of fungal sinusitis. **Material and method:** Descriptive study on 31 patients who were suspected a fungal sinusitis in clinic, were performed MSCT and were surgery in Hanoi Medical University Hospital from

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 9.5.2023