

- treatment: Preliminary report", Cleft palate-craniofacial Journal, Vol 34 (3), 247- 254.
5. **Rajanikanth B.R., Rao K.S., Sharma S.M., Prasad B.R.** (2012), "Assessment of Deformities of the Lip and Nose in Cleft Lip Alveolus and Palate Patients by a Rating Scale", Journal of Maxillofacial Oral Surgery, 11(1), pp.38-46.
  6. **Nguyễn Văn Minh** (2018), Đánh giá những biến dạng môi mũi bệnh nhân sau tạo hình khe hở môi một bên lần đầu, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 8, số 5 - tháng 10/2018.
  7. **Christofides E, Potgieter A, Chait L.** A long term subjective and objective assessment of the scar in unilateral cleft lip repairs using the Millard technique without revisional surgery. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2006;59(4):380-386. doi:10.1016/j.bjps.2005.04.0379.
  8. **Lê Đức Tuấn** (2004), Nghiên cứu sửa chữa những biến dạng môi - mũi sau phẫu thuật khe hở môi một bên bẩm sinh, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội, Hà Nội.
  9. **Cheema S.A. và Asim M.** (2014), "An Analysis of Deformities in Revision Surgeries for Secondary Unilateral Cleft Lip", Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan, 24 (9), pp.666-669.
  10. **Nguyễn Trọng Điểm** (1995), "Nhận xét 100 trường hợp khe hở bẩm sinh môi trên điều trị phẫu thuật tại viện Quân y 175", Thông tin mới Răng Hàm Mặt, tr.37-40.

## KẾT QUẢ NÚT MẠCH THẬN CHỌN LỌC ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU SAU TÁN SỎI THẬN QUA DA

Trần Quốc Hòa<sup>1,2</sup>, Nguyễn Đình Bắc<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Mục đích của nghiên cứu này là mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân chảy máu sau TSQD và đánh giá kết quả nút mạch thận chọn lọc trong điều trị biến chứng này. Chúng tôi tiến hành một nghiên cứu mô tả hồi cứu với 32 bệnh nhân được nút mạch thận chọn lọc để điều trị chảy máu sau TSQD trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 5 năm 2023. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 51,6 ± 10,3 tuổi và 11 bệnh nhân (34,4%) có các bệnh lý mãn tính kèm theo. Khoảng thời gian từ lúc TSQD đến lúc phát hiện chảy máu là 11,3 ± 7,6 ngày. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đái máu (100%), đau thắt lưng (56,3%), chảy máu qua dẫn lưu thận (15,6%) sốc mất máu (9,4%). Mức giảm Hb TB là 3,4 g/dl và có 37,5% bệnh nhân phải truyền máu. Có 29 bệnh nhân (90,6%) được chụp CLVT trước nút mạch và 28 bệnh nhân trong số này (96,6%) phát hiện được các tổn thương trên CLVT. Vị trí nhánh mạch tổn thương thường gặp nhất là cực giữa với tỷ lệ là 41,7% và loại tổn thương thường gặp nhất là giả phình mạch (62,5%). Loại vật liệu nút mạch được sử dụng nhiều nhất là keo sinh học (75,0%). Có 31 bệnh nhân (96,9%) chỉ cần 1 lần can thiệp nút mạch và 1 bệnh nhân (3,1%) cần phải can thiệp mạch lần 2. Tỷ lệ thành công sau lần can thiệp mạch thứ nhất và thứ 2 lần lượt là 96,9% và 100%. Có 43,8% bệnh nhân có biểu hiện hội chứng sau nút mạch. Thời gian nằm viện sau nút mạch là 5,8 ± 3,6 ngày. Từ kết quả thu được cho thấy, nút mạch thận chọn lọc là phương pháp an toàn và hiệu quả

trong điều trị chảy máu sau TSQD.

**Từ khóa:** Chảy máu sau tán sỏi thận qua da, tán sỏi thận qua da, nút mạch thận chọn lọc, TSQD.

### SUMMARY

#### SUPERSELECTIVE RENAL ARTERY EMBOLIZATION MANAGEMENT OF POST- PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY HEMORRHAGE

The purpose of this study was to describe the clinical and laboratory features evaluate the therapeutic efficacy and safety of superselective renal arterial embolization (SRAE) in the treatment of patients with renal hemorrhage after percutaneous nephrolithotomy (PCNL). From January 2019 to May 2023, data of 32 consecutive patients with SRAE management of post-PCNL hemorrhage were retrospectively analyzed. The mean age of patients was 51.6 ± 10.3 years and There were 11 patients (34.4%) who had chronic diseases. The mean interval between surgery and the angiography was 11.3 ± 7.6 days. Hematuria was the most common symptom (100%), followed by flank pain (56.3%), red fluid in the drainage bag (15.6%) and 3 patients (9.4%) with blood loss shock. The mean reduced hemoglobin was 3.4 g/dl and blood transfusion rate was 37.5%. There were 29 patients (90.6%) who received computed tomography (CT) before angiography and 28 out of total patients (96.6%) detected bleeding foci. The most common bleeding site was mid-pole with 43.8% and the most common angiographic finding was pseudoaneurysm (62.5%). Bio glue was the most commonly used plug material (75.0%). There were 31 patients (96.9%) required only one session of SRAE and 1 patient (3.1%) needed two sessions. The initial success rate of embolization was 96.9% after the first SRAE and this figure rose to 100% after second SRAE. There were 43.8% patients presenting with post-embolization syndrome. Post-embolization hospital stay was 5.8 ± 3.6 days. It was evident from the study

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

that SRAE is an efficacious and safe procedure in treatment of post-PCNL hemorrhage.

**Keywords:** post-percutaneous nephrolithotomy hemorrhage, percutaneous nephrolithotomy, superselective renal artery embolization, PCNL.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tán sỏi qua da (TSQD) là một phương pháp đã chứng minh được tính hiệu quả và an toàn trong điều trị sỏi thận. Mặc dù kinh nghiệm phẫu thuật của các phẫu thuật viên ngày càng tăng cũng như đã có những cải tiến về mặt dụng cụ phẫu thuật, TSQD là một phẫu thuật có xâm lấn và có thể gặp một số biến chứng nặng. Chảy máu được xem là biến chứng nặng thường gặp. Hầu hết các trường hợp chảy máu sau TSQD có thể tự cầm, tuy nhiên có khoảng 0,3 – 4,7% các trường hợp chảy máu mức độ nặng và cần can thiệp điều trị.<sup>1</sup> Kể từ khi ra đời, nút mạch thận qua da được xem là một can thiệp ít xâm lấn và hiệu quả trong điều trị các trường hợp chảy máu mức độ nặng ở thận.<sup>1</sup>

Nút mạch thận qua da để điều trị các trường hợp chảy máu ở thận được báo cáo lần đầu vào năm 1970.<sup>2</sup> Các nghiên cứu trước đây cũng đã cho thấy, có tới 20% các trường hợp chảy máu sau TSQD phải truyền máu trong khi đó chỉ có 1% trong số này phải yêu cầu phải nút mạch.<sup>3</sup> Để làm giảm chức năng thận sau can thiệp mạch một cách tối thiểu, nút mạch thận chọn lọc ngày càng được áp dụng một cách rộng rãi.<sup>4</sup> Mặc dù đây là lựa chọn đầu tay để điều trị các trường hợp chảy máu mức độ nặng sau TSQD tuy nhiên vẫn có một số báo cáo về các trường hợp chảy máu sau can thiệp, thậm chí theo nghiên cứu của Mao cho thấy tỷ lệ thất bại sau lần can thiệp đầu có thể lên đến 17,3%.<sup>5</sup> Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân chảy máu sau TSQD và đánh giá kết quả nút mạch thận chọn lọc trong điều trị biến chứng này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm các bệnh nhân chảy máu sau TSQD phải can thiệp nút mạch thận chọn lọc để cầm máu tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu:**

- Bệnh nhân có biến chứng chảy máu sau TSQD được nút mạch thận chọn lọc để cầm máu.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân sẽ được loại trừ khỏi nghiên cứu nếu không thỏa mãn

một trong số các tiêu chuẩn ở trên.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

• Tên, tuổi, giới, bên phẫu thuật, kích thước sỏi, vị trí sỏi, đá máu...

- Kết quả nút mạch thận chọn lọc:

• Vị trí nhánh mạch tổn thương...

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 5 năm 2023.

- Cách chọn mẫu và cỡ mẫu: mẫu được chọn theo phương pháp thuận tiện.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa ngoại tiết niệu – bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

- Phân tích và xử lý số liệu: được thực hiện nhờ phần mềm SPSS 20.0.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Các số liệu được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính trung thực và chưa từng được công bố trước đây, thông tin bệnh nhân được đảm bảo.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.** Chúng tôi đã nút mạch thận chọn lọc cho 32 bệnh nhân. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $51,6 \pm 10,3$  tuổi, đa số bệnh nhân là nam (84,4%), 34,4% bệnh nhân có các bệnh lý mãn tính và bên trái chiếm 62,5%. Kích thước trung bình của sỏi ở các bệnh nhân nút mạch là  $23,8 \pm 7,8$  mm. Đá máu và đau thắt lưng là triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 100% và 56,3%, ngoài ra chúng tôi cũng ghi nhận 3 trường hợp (9,4%) có biểu hiện sốc mất máu. Mức độ giảm Hb trung bình so với trước mổ  $3,4$  g/dl và có 37,5% bệnh nhân yêu cầu phải truyền máu. Có 29 bệnh nhân (90,6%) được chụp CLVT trước nút mạch và có 28 trong số 29 bệnh nhân (96,6%) phát hiện được tổn thương cần nút mạch trên CLVT. Khoảng thời gian trung bình từ lúc phẫu thuật đến lúc nút mạch là  $11,3 \pm 7,6$  ngày. Trong đó trường hợp sớm nhất là trong vòng 24 giờ đầu sau mổ và trường hợp muộn nhất là ngày thứ 35 sau mổ.

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi		$51,6 \pm 10,3$
Giới	Nam	27 (84,4%)
	Nữ	5 (15,6%)
Bệnh mãn tính	Có	11 (34,4%)
	Không	21 (65,3%)
Bên	Trái	20 (62,5%)
	Phải	12 (37,5%)

Vị trí sỏi	Bể thận	8 (25,0%)
	Đài thận	6 (18,8%)
	Bể thận+Đài	8 (25,0%)
	NQ+Đài	6 (18,8%)
	San hô	4 (12,4%)
Kích thước sỏi (mm)		23,8 ± 7,8
Thời gian phát hiện (ngày)		11,3 ± 7,6
Triệu chứng lâm sàng	Đái máu	32 (100%)
	Đau thắt lưng	18 (56,3%)
	Chảy máu qua DL thận	5 (15,6%)
	Sốc mất máu	3 (9,4%)
Mức giảm Hb trung bình		3,4 (g/dl)
Truyền máu	Có	12(37,5%)
	Không	20 (62,5%)
CLVT trước nút mạch	Có	29 (90,6%)
	Không	3 (9,4%)
Chảy máu trên CLVT	Có	28 (96,6%)
	Không	1 (3,4%)

**3.2. Kết quả nút mạch.** Trong số 32 bệnh nhân được nút mạch thận, tổn thương các nhánh mạch cực trên, cực giữa và cực dưới lần lượt là 18,8%, 43,8% và 37,4%. Giải phình mạch là loại tổn thương thường gặp nhất với tỷ lệ 62,5%. Keo sinh học là loại vật liệu nút mạch thường được sử dụng nhất (7,5%). Có một bệnh nhân (3,1%) cần phải nút mạch lần 2, tỷ lệ nút mạch thành công sau lần 1 và lần 2 lần lượt là 96,9% và 100%. Có 43,8% bệnh nhân có hội chứng sau nút mạch và không có biến chứng chảy máu hoặc coil lạc chỗ. Thời gian nằm viện sau nút mạch là 5,8 ± 3,6 ngày.

**Bảng 2: Kết quả nút mạch**

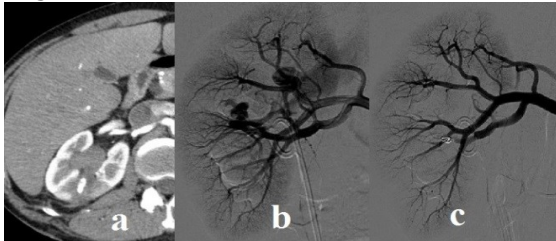
Đặc điểm		Kết quả
Nhánh mạch tổn thương	Cực trên	6 (18,8%)
	Cực giữa	14 (43,8%)
	Cực dưới	12 (37,4%)
Loại tổn thương mạch	Thoát thuốc	3 (9,4%)
	Giải phình mạch	20 (62,5%)
	Thông động tĩnh mạch	3 (9,4%)
	Giải phình + thông động tĩnh mạch	5 (15,6%)
	Thoát thuốc + giải phình	1 (3,1%)
Vật liệu nút mạch	Keo	24 (75,0%)
	Coil	5 (15,6%)
	Keo + Coil	3 (9,4%)
Số lần nút mạch	Một	31 (96,9%)
	Hai	1 (3,1%)
Nút mạch thành công	Sau lần 1	31 (96,9%)
	Sau lần 2	32 (100%)
Hội chứng sau nút mạch		14 (43,8%)
Thời gian nằm viện (ngày)		5,8 ± 3,6

#### IV. BÀN LUẬN

TSQD là một phương pháp PT có xâm lấn với tỷ lệ biến chứng thay đổi từ 11,9 – 37,9%, trong đó chảy máu là biến chứng nặng thường gặp nhất.<sup>5</sup> Tuy nhiên tình trạng này chỉ được xem là BC khi phải yêu cầu truyền máu hoặc cần thêm các can thiệp khác để cầm máu.<sup>6</sup> Chảy máu sớm sau TSQD thường do tổn thương các nhánh của động mạch thận và biểu hiện dưới các dạng: chảy máu qua dẫn lưu thận, chảy máu qua thông tiểu, chảy máu do tổn thương trên đường đi của đường hầm tán sỏi sau khi rút amplatz và tụ máu quanh thận. Chảy máu muộn sau TSQD là BC ít gặp và thường là các tổn thương thứ phát do thông động tĩnh mạch thận hoặc vỡ các túi giả phình mạch.<sup>7</sup> Trong nghiên cứu này của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện đái máu, với các tụ máu ở khoang sau phúc mạc có thể tự cầm do áp lực của chính khối máu tụ tạo ra, tuy nhiên một số trường hợp do tổn thương các mạch máu lớn khối máu tụ có thể tiến triển nặng lên.<sup>7</sup> Sốc mất máu là BC nặng sau TSQD nguyên nhân chính là do tổn thương các nhánh lớn của động mạch thận gây mất máu nhiều trong thời gian ngắn. Đây là một dấu hiệu yêu cầu cần các can thiệp cấp cứu để giải quyết nguyên nhân gây chảy máu.<sup>7</sup> Trong nghiên cứu này của chúng tôi cũng ghi nhận 3 trường hợp có biểu hiện sốc mất máu, trong đó có 2 trường hợp xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau mổ và một trường hợp xảy ra vào ngày thứ 4 sau mổ (ngay say khi rút dẫn lưu thận). Đa số các trường hợp chảy máu sau TSQD thường là chảy máu muộn với các trường hợp chảy máu ngay sau khi TSQD có thể cặp dẫn lưu thận trong 1-2 tiếng để làm tăng áp lực trong bể thận có thể giúp cầm máu nếu chảy máu từ các nhánh tĩnh mạch.<sup>7</sup>

Các thăm dò cận LS vai trò quyết định trong việc lựa chọn PP điều trị cho các trường hợp chảy máu sau TSQD, nhóm bệnh nhân có mức giảm hemoglobin trên 2,1 g/dl có nguy cơ phải nút mạch cầm máu cao gấp 2,739 lần so với những bệnh nhân có mức giảm hemoglobin dưới 1 g/dl. Ngoài ra, với các bệnh nhân có mức giảm hemoglobin ≥ 3,45 g/dl thì cần phải nhanh chóng tiến hành nút mạch thận để cầm máu.<sup>8</sup> Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng, tỷ lệ phải truyền máu ở các bệnh nhân nút mạch thận để cầm máu 70,6% cao hơn so với nhóm bệnh nhân không phải nút mạch để cầm máu là 16,7%.<sup>8</sup> Trong nghiên cứu này của chúng tôi, mức giảm hemoglobin so với trước mổ là 3,4 g/dl và tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu là 37,5%. Như vậy, mức giảm hemoglobin so với trước mổ được xem

là một trong số các yếu tố quyết định việc có cần phải can thiệp mạch hay không.<sup>8</sup> Arvind P Ganpule và cộng sự đã ứng dụng chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong việc chẩn đoán chảy máu sau TSQD. Các tác giả này cũng kết luận thêm rằng, nếu chụp CLVT đa dãy có dạng hình mạch còn có thể giúp chẩn đoán chính xác vị trí cũng như loại tổn thương mạch.<sup>9</sup> Trong nghiên cứu này của chúng tôi, có 3 trường hợp không chụp CLVT hệ tiết niệu vì 3 trường hợp này có sốc mất máu vì vậy chúng tôi chỉ định chụp mạch và can thiệp mạch ngay từ đầu để rút ngắn thời gian. Trong số 29 trường hợp còn lại chỉ có một trường hợp không phát hiện được tổn thương cần can thiệp mạch trên CLVT. Đây là một trường hợp đại tiểu tiện dai dẳng, tái phát nhiều lần sau TSQD tuy nhiên trên CLVT không phát hiện điểm chảy máu hoạt động.

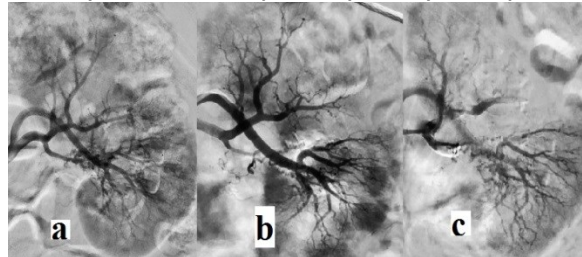


**Hình 1: L V Th (Mã HS: 2010050448)**

a: hình ảnh giả phình trên CLVT, b: hình ảnh giả phình trên phim chụp mạch, c: hình ảnh coil sau nút mạch

Tỷ lệ nút mạch thành công về mặt kỹ thuật và trên lâm sàng trong các nghiên cứu trước đây lần lượt là 87-100% và 57-100%.<sup>10</sup> trong nghiên cứu của chúng tôi sau lần can thiệp thứ nhất là 96,9% và sau lần can thiệp thứ 2 là 100%. Chúng tôi ghi nhận một trường hợp thất bại sau lần can thiệp mạch đầu tiên do không phát hiện được hết tổn thương ở lần can thiệp mạch thứ nhất. Dị dạng của mạch thận đã được chứng minh là một trong số các yếu tố nguy cơ dẫn đến thất bại khi nút mạch thận chọn lọc để điều trị chảy máu sau TSQD.<sup>5</sup> Theo một nghiên cứu khác của chúng tôi về kết quả TSQD tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, đường hầm đi qua nhóm đài giữa là vị trí thường được sử dụng nhất (90,8% tổng số ca) trong khi đó đường hầm qua nhóm đài trên và dưới lần lượt là 1,7% và 5%. Trong khi đó, trong nghiên cứu này của chúng tôi tỷ lệ tổn thương nhánh mạch ở cực dưới tương đương với các nhánh nhánh mạch cực giữa. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Nan Du. Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng, thoát thuốc là dạng tổn thương thường gặp nhất, sau đó đến các tổn thương giả phình mạch, giả phình

mạch phổi hợp với thông động tĩnh mạch, ngoài ra tổn thương thông động tĩnh mạch hoặc thông động tĩnh mạch phổi hợp với thoát thuốc cũng là các dạng tổn thương thường gặp.<sup>13</sup> Khác với các nghiên cứu trước đây, dạng tổn thương thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là giả phình mạch hoặc giả phình mạch phổi hợp với thông động tĩnh mạch. Tổn thương thoát thuốc và thông động tĩnh mạch gặp với tỷ lệ tương đương nhau. Hiện nay, có nhiều loại vật liệu khác nhau được sử dụng trong nút mạch thận chọn lọc như PVA, microcoils, glue, acrylic hoặc Embosphere microspheres và gelatin sponge. PVA là loại vật liệu hiệu quả khi sử dụng với các catheter có đường kính lớn và nó có thể gây bít tắc lòng ở các catheter có đường kính nhỏ. Microcoil là vật liệu được sử dụng phổ biến vì tính hiệu quả. Gelatin sponges là loại vật liệu được sử dụng phổ biến nhất ở Nhật Bản vì dễ sử dụng và chi phí thấp. Tuy nhiên, hiện nay chưa có một hướng dẫn cụ thể nào về việc lựa chọn vật liệu nút trong nút mạch thận chọn lọc.<sup>14</sup> Trong nghiên cứu này của chúng tôi, loại vật liệu nút mạch được sử dụng nhiều nhất là keo sinh học, đây là một hỗn hợp của Hystoacryl với Lipiodol.



**Hình 2: N V Q (Mã HS: 2101260390)**

a, b: hình ảnh thoát thuốc trên phim chụp mạch, c: hình ảnh sau nút mạch bằng keo sinh học

Biến chứng sớm thường gặp nhất là hội chứng sau nút mạch, hội chứng này gặp ở 50% bệnh nhân trong nghiên cứu của Somani và cộng sự.<sup>15</sup> Theo nghiên cứu của Nan Du cho thấy, không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng nào liên quan đến quá trình nút mạch thận chọn lọc như sự lạc chỗ của coil, tổn thương mạch và giảm chức năng thận sau nút mạch.<sup>12</sup> Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng, không có trường hợp nào mất trên 25% nhu mô thận sau nút mạch và không có sự khác biệt về mức lọc cầu thận ở các bệnh nhân trước khi phẫu thuật và sau khi nút mạch thận chọn lọc.<sup>12</sup> Như vậy, nút mạch thận chọn lọc là lựa chọn an toàn, hiệu quả trong điều trị các trường hợp chảy máu mức độ nặng hoặc tái phát nhiều lần sau TSQD.

**V. KẾT LUẬN**

Chẩn đoán sớm biến chứng này chủ yếu dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng. Nút mạch thận chọn lọc là lựa chọn an toàn và hiệu quả để điều trị biến chứng này.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Zhaohui H, Hanqi L, Xiongbing L, et al.** Analysis of repeated renal arteriography after percutaneous nephrolithotomy. *Urolithiasis*. 2017;45:495-9.
2. **Bookstein JJ, Ernst CB.** Vasodilatory and vasoconstrictive pharmacangiographic manipulation of renal collateral flow. *Radiology*. 1973;108:55-9.
3. **Kim HY, Lee KW, Lee DS.** Critical causes in severe bleeding requiring angioembolization after percutaneous nephrolithotomy. *BMC Urol*. 2020;20:22.
4. **EI-Nahas AR, Shokeir AA, Mohsen T, et al.** Functional and morphological effects of postpercutaneous nephrolithotomy superselective renal angiographic embolization. *Urology*. 2008;71:408-12.
5. **Mao Q, Wang C, Chen G, et al.** Failure of initial superselective renal arterial embolization in the treatment of renal hemorrhage after percutaneous nephrolithotomy: a respective analysis of risk factors. *Exp Ther Med*. 2019;18:4151-6.
6. **Nikolaos Ferakis and Marios Stavropoulos.** Mini percutaneous nephrolithotomy in the treatment of renal and upper ureteral stones: Lessons learned from a review of the literature. *Urol Ann*. 2015;7(2):141-148.
7. **Gadzhiev N, Malkhasvan V, Akopvan G, et al.** Percutaneous nephrolithotomy for staghorn calculi: Troubleshooting and managing complications. *Asian Journal of Urology*. 2019;7(2):139-148.
8. **Ran R, Zhang R, Xie Y, et al.** Decreased hemoglobin as a quantifiable indicator of renal arterial embolization in post-percutaneous nephrolithotomy hemorrhage. *Urolithiasis*. 2020;49(2):137-143.
9. **arvind pg, darshan hs, sanika ag, et al.** role of multi-detector computed tomography (mdct) in management of post percutaneous nephrolithotomy (pcnl) bleeding. *f1000research*. 2013;2:253.
10. **Choi MJ, Kim PH, Shin JH, et al.** Angiographic management of percutaneous renal procedure-related bleeding: a single-center experience. *Int J Urol*. 2019;26:406-12.

## ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ÁP XE VÚ CHO CON BÚ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Hà<sup>1,2</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>1,3</sup>, Phan Thị Huyền Thương<sup>1,2</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân áp xe vú cho con bú được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực nghiệm mô tả cắt ngang trên 102 bệnh nhân đang cho con bú bằng sữa mẹ, được chẩn đoán và điều trị áp xe vú tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2023. **Kết quả:** Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của những người tham gia là 27,8 tuổi. Trong số những người tham gia, 63,7% là người mang thai lần đầu. Có 61,8% người mang thai có tiền sử phải thực hiện phẫu thuật lấy thai. Phần lớn phụ nữ mang thai có số lượng bạch cầu trong máu  $\geq 10G/L$ . Ngoài ra, hầu hết các trường hợp ổ áp xe có âm vang không đồng nhất (70,6%), không có vỏ (67,6%), và không có ngách (72,5%). **Kết luận:** Các trường hợp áp xe vú đều có xét nghiệm bạch cầu tăng, đặc điểm ổ áp xe phần lớn có âm vang không

đồng nhất, không có vỏ và không có ngách.

**Từ khóa:** áp xe vú, đang cho con bú, siêu âm, bạch cầu

**SUMMARY**

### CLINICAL CHARACTERISTICS OF BREAST ABSCESS IN BREASTFEEDING WOMEN UNDERGOING TREATMENT AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical characteristics of breast abscess in breastfeeding women undergoing treatment at Hanoi obstetrics and gynecology Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional experimental study was conducted on 102 breastfeeding patients diagnosed and treated for breast abscess at Hanoi Maternity Hospital in 2023. **Results:** The average age of participants was 27.8 years, with 63.7% being first-time pregnant individuals. About 61.8% of pregnant individuals had a history of previous cesarean section. Most pregnant women had a white blood cell count  $\geq 10G/L$ . Additionally, the majority of abscess cases exhibited heterogeneous echogenicity (70.6%), lacked a capsule (67.6%), and had no loculations (72.5%). **Conclusion:** Breast abscess cases showed an elevated white blood cell count, and the majority of abscesses exhibited heterogeneous echogenicity, lacked a capsule, and had no loculations.

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024