

BÁO CÁO 9 TRƯỜNG HỢP CAN THIỆP NỘI MẠCH BỆNH NHÂN TIỂU MÁU TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Lê Duy Cát¹, Nguyễn Văn Hùng Anh¹, Lê Bá Khánh Minh¹
Nguyễn Văn Lợi¹, Hồ Công Vinh Trường¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.59.12

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiểu máu kéo dài thường do dò thông mạch máu vào đường dẫn niệu, gây ra sau chấn thương, phẫu thuật thận, sinh thiết. Thực hiện can thiệp nội mạch gồm nhiều phương pháp và vật liệu nút mạch khác nhau với mục đích gây tắc hoàn toàn các mạch máu gây thoát mạch hoặc giảm kích thước các ổ dị dạng mạch máu, giảm tối đa các biến chứng và tái phát. Keo sinh học n-BCA (Histoacryl) là vật liệu nút mạch được lựa chọn, sử dụng hiệu quả bằng đường can thiệp nội mạch.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 19 bệnh nhân có dấu hiệu thoát mạch, được điều trị bằng phương pháp nút mạch can thiệp tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 10/2013 đến 12/2018.

Kết quả: Không còn dấu hiệu thoát mạch sau nút mạch. Không có trường hợp nào chảy máu thứ phát.

Kết luận: Áp dụng can thiệp nội mạch bệnh nhân tiểu máu kéo dài, là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, giá thành rẻ. Phương pháp này có thể được ứng dụng rộng rãi.

Từ khóa: Can thiệp nội mạch, tiểu máu kéo dài

ABSTRACT

APPLICATIONS ENDOVASCULAR EMBOLIZATION FOR PERSISTENT HEMATURIA AT HUE CENTRAL HOSPITAL: NINETEEN CASES SERIES

Le Duy Cat¹, Nguyen Van Hung Anh¹, Le Ba Khanh Minh¹
Nguyen Van Loi¹, Ho Cong Vinh Truong¹

Background: Due to an induced arterio-ureteral fistula is very common after a renal partial surgery, traumatic, biopsy, arteriovenous malformations (AVM), arteriovenous fistulas (AVF). Endovascular interventions include a variety of methods and embolic materials of different circuit nodes for the purpose of completely vascular embolization causing extravasation or reduce the size of the AVM, AVF and False aneurysms, minimizing complications and recurrence.

Patient and Method: Nineteen patients were performed the transcatheter arterial embolization (TAE) in Hue central hospital from 10 /2013 to 12 /2018, 19 cases had persistent hematuria.

Results: All had excluded extravasation after embolization, no recurrent hematuria.

Conclusion: Applications endovascular embolization in persistent hematuria is an effective and safe therapeutic method, it can be widely apply.

Keywords: Intravascular intervention, prolonged hematuria

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 29/9/2019; Ngày phản biện (Revised): 27/01/2020;

- Ngày đăng bài (Accepted): 20/02/2020

- Người phản hồi (Corresponding author): Lê Duy Cát

- Email: catduy392@gmail.com; SĐT: 0914012050

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị dị dạng động tĩnh mạch, dò thông động tĩnh mạch, và các thương tổn mạch máu do chấn thương bao gồm các phương pháp phẫu thuật lấy bỏ, xạ phẫu, và gây tắc qua đường nội mạch. Mỗi phương pháp đều có những ưu điểm và nhược điểm nhất định. Trước đây, điều trị các bệnh lý về mạch máu, chủ yếu là phẫu thuật. Ngày nay đã có nhiều thay đổi trong điều trị bảo tồn bằng đường can thiệp nội mạch. Với sự tiến bộ không ngừng của ngành Chẩn đoán hình ảnh, Các kỹ thuật chụp Cộng hưởng từ, Cắt lớp vi tính đa dãy đầu dò, Siêu âm đã giúp cho việc chẩn đoán xác định các thương tổn mạch máu, cũng như việc đánh giá theo dõi các biến chứng sau khi can thiệp nội mạch, khá dễ dàng. Ngoài ra còn cho phép đánh giá chính xác các tổn thương phối hợp. Nút mạch can thiệp ngày nay được lựa chọn như phương pháp điều trị có nhiều ưu thế, với sự phát triển các loại dụng cụ, các ống thông, các vật liệu nút mạch như Coils, các hạt nhựa tổng hợp PVA, Bột xốp Spongel, keo sinh học n-BCA (Histoacryl)...

Năm 1972 các tác giả Margolies MN, Ring EG, Waltman AC [3],[5] mô tả việc thực hiện thành công điều trị nút mạch can thiệp cho bệnh nhân chấn thương xuất huyết. Năm 1979 Brown và cộng sự đã chọn lựa phương pháp nút mạch can thiệp nội mạch, cho những bệnh nhân dị dạng mạch máu, dò thông động tĩnh mạch. Một số tác giả cũng đã xác nhận đây là phương pháp điều trị an toàn và có hiệu quả. [1],[4],[7],[8],[10] Áp dụng nút mạch can thiệp với những vật liệu nút mạch khác nhau, tùy theo vị trí, số lượng động mạch nuôi, và tốc độ dòng thông động tĩnh mạch.

Tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2007 đến 5/2010, đã báo cáo áp dụng điều trị thành công 15 trường hợp chấn thương, giả phình động mạch gan thận, có thoát thuốc cản quang trên cắt lớp vi tính, bằng phương pháp nút mạch với histoacryl.

Tại bệnh viện trung ương Huế, bước đầu chúng tôi đã phối hợp với các khoa lâm sàng, áp dụng phương pháp nút mạch can thiệp bằng keo sinh học

histoacryl, thực hiện 19 trường hợp, gồm 4 trường hợp dị dạng động tĩnh mạch thận; 5 trường hợp sau chấn thương thận; 5 trường hợp biến chứng chảy máu sau mổ lấy sỏi thận ở tuyến trước chuyển về; 5 trường hợp dò thông động tĩnh mạch thận kèm giả phình mạch. Mục tiêu đề tài nhằm đánh giá tính khả thi, hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ 10/2013 đến 12/2018, có 19 bệnh nhân được chẩn đoán thoát mạch, AVM, AVF, giả phình mạch, thoát mạch trên cắt lớp vi tính, siêu âm. Có chỉ định nút mạch can thiệp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang, nghiên cứu đặc điểm hình ảnh trước nút mạch, chỉ định chụp mạch và kết quả nút mạch.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

Máy chụp mạch DSA (số hóa xóa nền) PHILIPS. Các loại ống thông (catheter) các cỡ 5F, 6F. Ống thông nhỏ (microcatheter) 2,7F. Vật liệu nút mạch keo sinh học histoacryl.

2.4. Kỹ thuật

Bằng phương pháp chụp mạch Seldinger, việc thực hiện chụp mạch chẩn đoán và nút mạch can thiệp được thực hiện theo từng bước, gây tê tại chỗ, đặt máng trượt (introducer) vào động mạch đùi, thường đặt bên phải.

Chọn lọc xác định động mạch nuôi tổn thương bằng ống thông 5F (Cobra) để đánh giá hình thái tổn thương của các nhánh xuất phát.

Sử dụng ống thông nhỏ đồng trục (coaxial) 2,7 F chọn lọc các nhánh thương tổn, tiến hành nút mạch bằng histoacryl.

Đánh giá cuống nuôi được nút, phải thỏa mãn 2 điều kiện sau: một là không thấy nhánh mạch lành từ cuống nuôi (nhất là nhánh mạch đó cấp máu cho vùng có chức năng); hai là đầu vi ống thông còn di động (có thể bị tỳ vào thành mạch hoặc lỗ của nhánh

Báo cáo 9 trường hợp can thiệp nội mạch bệnh nhân tiêu máu...

bên nhỏ, làm tăng nguy cơ dính đầu vi ống thông). Tiếp đó, đánh giá lưu lượng thông động- tĩnh mạch để điều chỉnh mức độ pha loãng của chất keo acrylic (Histoacryl 0,5ml; B Braun, Aesculap, Tuttlingen, Đức) với dầu ethiodol (Lipiodol 10ml; Guerbet, Aulnay-sous-Bois, Pháp), nếu thông trực tiếp giữa động tĩnh mạch lưu lượng cao thì tỷ lệ Histoacryl cao hơn, cao nhất là tỷ lệ 1/2 (Histoacryl / Lipiodol: 0,5/1); ngược lại nếu qua trung gian mạch di dạng giãn trong ổ dị dạng thì tỷ lệ thấp hơn, thấp nhất là 1/5 (Histoacryl/Lipiodol: 0,5/2,5).

Trước khi bơm keo hỗn hợp này, bơm rửa vi ống

thông bằng dung dịch nước đường Dextrose 5%. Cuối cùng, tiến hành bơm hỗn dịch keo dưới màn chiếu, dừng bơm khi thấy có nguy cơ hoặc hiện tượng trào ngược. Để tránh dính đầu vi ống thông, thời gian bơm không nên quá dài (dưới 2 phút) và trước rút cần phải hút kéo nhẹ bơm tiêm để dễ dàng tách chất keo dính giữa lòng mạch và đầu vi ống thông.

Chụp kiểm tra động mạch nuôi sau nút mạch.

Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh sau can thiệp. Bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ trong 24 giờ, mạch, huyết áp, chỗ chọc dò động mạch đùi, tại khoa lâm sàng.

III KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



Hình 1. Trước nút mạch

Bệnh nhân nam Dương Văn H..., 28 tuổi (hình 1), số vào viện 1633441, nhập viện vào khoa Nội Thận ngày 10/4/2016 với lý do đái máu toàn bãi, được chuyển máu và điều trị nội khoa tích cực, nhưng vẫn không cải thiện. Chụp cắt lớp vi tính 64 dãy và siêu âm xác định ổ dị dạng mạch máu AVM thận ở cực dưới thận trái. Bệnh nhân được thực hiện can thiệp mạch máu dưới máy chụp máy số hóa xóa nền DSA. Chụp toàn bộ động mạch chủ từ trên chỗ chia động mạch thận, xác định búi mạch bất thường ở thận trái và tĩnh mạch dẫn lưu khá lớn. Thận phải, các mạch máu trong giới hạn bình thường. Đưa catheter cobra 5F vào động mạch thận trái, chụp xác định búi mạch



Chụp kiểm tra sau nút mạch

được cấp máu bởi các nhánh động mạch hạ phân thùy xuất phát từ động mạch thùy dưới thận trái. Dựa vào kích thước và tốc độ dòng chảy của búi dị dạng mạch máu, chúng tôi quyết định nút mạch can thiệp bằng vật liệu nút mạch, keo sinh học histoacryl. Đầu catheter được đưa vào chỗ phân chia các động mạch gian thùy, từ động mạch hạ phân thùy của thùy dưới thận trái. Đầu catheter vẫn còn di động trong lòng mạch. Tiến hành các bước chuẩn bị để thực hiện nút mạch bằng hỗn hợp dịch keo sinh học histoacryl và Lipiodol, với tỷ lệ 1/2 (Histoacryl / Lipiodol: 0,5/1) [6],[9],[10]. Bơm trực tiếp dung dịch vào ổ dị dạng mạch máu và kéo đầu catheter lui khỏi vị trí nút

Bệnh viện Trung ương Huế

mạch, thời gian dưới 3 giây. Chụp kiểm tra sau khi nút mạch, tắc mạch đúng vị trí hạ phân thùy dưới thận trái. Hỗn hợp dịch keo Histoacryl và Lipiodol đã vào đến các nhân (nidus) của búi dị dạng. Không còn



Hình 2. Trước nút mạch

Bệnh nhân nam Lê Ngọc N... 27 tuổi (hình 2), số vào viện 180027497, nhập viện vào khoa Ngoại Tiết Niệu ngày 3/5/2018 với lý do đái máu kéo dài. Chụp cắt lớp vi tính và siêu âm xác định búi dị dạng thoát mạch ở cực dưới thận trái. Bệnh nhân được thực hiện can thiệp mạch máu dưới máy chụp máy số hóa xóa nền DSA. Chụp toàn bộ động mạch chủ từ trên chỗ chia động mạch thận, xác định búi mạch bất thường ở thận trái và tĩnh mạch dẫn lưu cực dưới. Tiến hành các bước chuẩn bị để thực hiện nút mạch bằng hỗn hợp dịch keo sinh học histoacryl và Lipiodol, với tỷ lệ 1/3 (Histoacryl / Lipiodol: 0,5/1,5) [6],[9],[10]. Bơm trực tiếp dung dịch vào ổ dị dạng mạch máu và kéo đầu catheter lui khỏi vị trí nút mạch. Chụp kiểm tra sau khi nút mạch, tắc mạch đúng vị trí hạ phân thùy dưới thận trái. Không còn xuất hiện tĩnh mạch dẫn lưu. Việc sử dụng microcatheter 2.7F đã tiếp cận mạch máu thương tổn, tránh tối đa các nhánh mạch máu bình thường và bảo tồn tối đa nhu mô thận lành so với các phương pháp phẫu thuật cắt thận. Bệnh nhân được chuyển về lại khoa lâm sàng theo dõi, không còn đái máu, huyết động ổn định. Kiểm tra chụp CLVT sau 2 tháng can thiệp, không còn mạch máu bất thường, không còn tiểu máu kéo dài.

xuất hiện tĩnh mạch dẫn lưu. Chủ mô thận trái còn lại được tưới máu nhiều hơn. Bệnh nhân được chuyển về lại khoa lâm sàng theo dõi, không còn đái máu, huyết động ổn định.



Chụp kiểm tra sau nút mạch

Mười chín bệnh nhân được nút mạch can thiệp bằng keo sinh học histoacryl đều đạt kết quả tốt, các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng cải thiện rõ, không có bệnh nhân phải can thiệp lần hai, không có các biến chứng sau can thiệp. Các bệnh nhân được xuất viện từ 6 đến 10 ngày sau điều trị nút mạch can thiệp. Tỷ lệ thành công là 100%. Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu Jean-Claude Veille 97,6 -100%. [2] Mặc dù bước đầu với 19 bệnh nhân, số lượng ít, nhưng vẫn xem là phương pháp điều trị có hiệu quả với chất liệu nút mạch keo sinh học histoacryl và cần được áp dụng rộng rãi trên lâm sàng.

Cùng với sự phát triển các dụng cụ can thiệp mạch như ống thông nhỏ microcatheter, vật liệu nút mạch keo sinh học histoacryl là một trong những lựa chọn giúp cho các nhà điện quang can thiệp tiến hành nút mạch hiệu quả hơn, nhất là trong các trường hợp dị dạng mạch máu, dò thông tĩnh mạch. [1],[2],[6],[8]. Do đặc tính dạng dung dịch có thời gian ngừng nhanh khi tiếp xúc với các thành phần của máu, Histoacryl có thể di chuyển nhanh và lấp đầy gây tắc các động mạch nuôi và các nhân (nidus) của búi dị dạng mạch máu. Theo nghiên cứu của Davol, histoacryl và hạt PVA đều có

giá trị tắc mạch tương đương, nhưng histoacryl có nhiều lợi điểm hơn về sự tái thông mạch ít hơn và giá thành rẻ hơn nhiều. Một số nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ thành công khá cao nút mạch can thiệp dị dạng động mạch não, tắc mạch trước mổ các u tăng sinh mạch, tắc tĩnh mạch cửa làm phì đại gan còn lại[1],[3],[5],[10].

Một số triệu chứng xảy ra sau can thiệp, như đau bụng, sốt nhẹ, buồn nôn, nôn thường gặp sau nút mạch can thiệp như ở các tạng. Các triệu chứng này điều trị bằng các loại thuốc giảm đau, kháng sinh..

sẽ đỡ dần sau một đến ba ngày.

IV. KẾT LUẬN

Bước đầu áp dụng thuyên tắc mạch cho 19 bệnh nhân có thương tổn mạch thận, tiểu máu kéo dài đạt kết quả tốt. Chúng tôi nhận thấy đây là phương pháp điều trị ít xâm nhập, an toàn, giá rẻ và mang lại hiệu quả cao, có thể thay thế các phương pháp phẫu thuật trước đây. Với sự phát triển cải thiện các dụng cụ ống thông, vật liệu nút mạch, kỹ thuật, thì phương pháp này không khó để chỉ định rộng rãi và mang lại kết quả tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elizabeth A. Ignacio and Kiang Hiong Tay, Image-Guided Interventions, Second Edition, 2013, Chương 60, Tr. 547-552.
2. Ardashir R. Rastinehad, Interventional Urology, 2016, Tr. 287-292
3. John A. Kaufman, Vascular And Interventional Radiology:the Requisites, 2014, Chương10, Tr. 199 - 202
4. Khashayar Farsad and John A. Kaufman, Abrams' Angiography Interventional Radiology Third Edition 2013, Chương 27, Tr. 291-296.
5. Michael J. Lee Anthony F. Watkinson, Transcatheter Embolization And Therapy, 2016, Chương 38, Tr. 377 – 383.
6. R. Ribes, Learning Vascular And Interventional Radiology, 2010, Tr. 15 – 20.
7. Pascal Chabrot • Louis Boyer, Embolization, 2014, Tr. 234-237.
8. Thomas J. Vogl, Diagnostic and Interventional Radiology, 2016, Tr. 876.
9. W. Scott Mcdougal, Campbell-Walsh Urology Eleventh Edition Review, 2016, Tr 426.
10. Todd E. Rasmussen, Rich's Vascular Trauma, 2016, Tr. 316.