

**MÔ TẢ KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH  
TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG  
CÓ BIẾN CHỨNG CHẢY MÁU CẤP**

*Nguyễn Đình Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thiệu<sup>1</sup>, Nguyễn Hà Khương<sup>1\*</sup>  
Đào Duy Tùng<sup>1</sup>, Nguyễn Đại Dương<sup>1</sup>*

**Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Nghiên cứu mô tả kết quả và đánh giá hiệu quả kỹ thuật nút mạch cầm máu cấp cứu qua đường động mạch ở bệnh nhân (BN) ung thư cổ tử cung (UTCTC) có biến chứng chảy máu cấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang thực hiện tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, đánh giá 07 BN UTCTC có biến chứng chảy máu cấp được nút mạch cầm máu từ tháng 12/2022 - 12/2023. BN được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) tiêm thuốc và can thiệp nút mạch cầm máu sau đó đánh giá hiệu quả ngay sau thủ thuật, sau 1 tháng, 3 tháng. **Kết quả:** Nghiên cứu có tổng số 07 BN giai đoạn đều từ Figo IIIa. Tuổi trung bình là  $49,4 \pm 15,4$  tuổi. Trong đó, 03 BN được nút mạch bằng Spongel+Lipiodol, 04 bằng Spongel+Lipiodol+hạt vi cầu. 100% cầm máu ngay sau kết thúc thủ thuật. 100% BN đau ngay sau thủ thuật. Cải thiện lâm sàng và sự tăng các chỉ số huyết động sau 1 và 3 tháng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ), có mối quan hệ nguyên nhân - kết quả (Pearson  $< 0,05$ ). **Kết luận:** Can thiệp nội mạch trong điều trị UTCTC có biến chứng chảy máu cấp là một biện pháp cầm máu cấp cứu, có giá trị giúp nhanh chóng kiểm soát huyết động, là can thiệp ít xâm lấn và hiệu quả cao.

**Từ khoá:** Ung thư cổ tử cung; Can thiệp nội mạch; Chảy máu cấp.

**DESCRIPTION OF THE RESULT OF ENDOVASCULAR  
INTERVENTION IN TREATING CERVICAL CANCER  
WITH ACUTE BLEEDING COMPLICATIONS**

**Abstract**

**Objectives:** To describe the result and evaluate the effectiveness of the emergency endovascular embolization technique in patients with cervical cancer (CC)

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

\*Tác giả liên hệ: Nguyễn Hà Khương (hakhuongnguyen@gmail.com)

Ngày nhận bài: 31/03/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 20/4/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49.788>

complicated by acute bleeding. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted at the Radiology Department of Hanoi Oncology Hospital, assessing 7 CC patients with acute bleeding complications who underwent endovascular embolization from December 2022 to December 2023. Patients underwent contrast-enhanced computed tomography (CECT) and embolization intervention followed by efficacy assessment immediately post-procedure, at one month, and three months thereafter. **Results:** The study included a total of 07 patients, all over Figo stage IIIa. The mean age was  $49.4 \pm 15.4$  years. Three patients were embolized with Spongel+Lipiodol and four with Spongel+Lipiodol+microspheres. 100% achieved hemostasis immediately post-procedure, and all patients experienced pain immediately post-procedure. Clinical improvement and significant increases in hemodynamic parameters at one and three months were statistically significant ( $p < 0.001$ ), with a causal relationship (Pearson  $< 0.05$ ). **Conclusion:** Endovascular intervention in the treatment of CC with acute bleeding complications is an effective emergency hemostasis measure, facilitating rapid hemodynamic control, and demonstrating high efficacy with minimal invasiveness.

**Keywords:** Cervical cancer; Endovascular intervention; Acute bleeding.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tử cung đứng thứ tư trong số các loại ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ, chiếm khoảng 6,9% [1]. Triệu chứng đầu tiên thường gặp nhất trong UTCTC là chảy máu âm đạo, có thể tiến triển thành chảy máu khó cầm gây các biến chứng đe dọa tính mạng do ảnh hưởng huyết động, đặc biệt ở các BN giai đoạn tiến triển, tỷ lệ tử vong do biến chứng này có thể lên tới 6% [1]. Hiện nay, phương pháp nút mạch cầm máu qua đường động mạch tử

cung được coi là một công cụ hữu hiệu trong kiểm soát chảy máu khó cầm các khối u sản phụ khoa, giúp can thiệp xâm lấn tối thiểu để kiểm soát và duy trì huyết động của BN, giảm số lượng máu truyền và các biến chứng liên quan tới phẫu thuật cầm máu [2].

Nghiên cứu của tác giả Roxana Bohiltea trên 35 BN có các khối u ác tính tử cung (33 UTCTC, 2 ung thư nội mạc tử cung có biến chứng chảy máu âm đạo cấp tính), cho thấy phương pháp can thiệp nội mạch là một thủ

thuật xâm lấn tối thiểu có hiệu quả cầm máu hiệu quả trong 100% trường hợp [3]. Theo nghiên cứu của tác giả K Field và CS [4], 90,1% BN đạt được hiệu quả cầm máu tức thì ngay sau can thiệp và chỉ có 9% BN cần truyền máu cấp sau nút mạch. Nghiên cứu của tác giả Jaeyeon Choi và CS [5] cho thấy đạt được thành công về mặt kỹ thuật trong cả bảy quy trình nút mạch được thực hiện trên 06 BN, tỷ lệ chảy máu được kiểm soát trong một tuần ở 50% số BN.

Tại Việt Nam, kỹ thuật nút mạch cầm máu qua đường động mạch từ cung điều trị chảy máu khó cầm do UTCTC giai đoạn tiến triển đang được triển khai trong các năm gần đây. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này, vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Đánh giá tình trạng lâm sàng, kết quả điều trị sau nút mạch đường động mạch chọn lọc trong kiểm soát biến chứng chảy máu khó cầm ở các BN UTCTC.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

07 BN mắc UTCTC có biến chứng chảy máu cấp được can thiệp nút mạch

cầm máu đường động mạch tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 12/2022 đến 12/2023.

#### *\* Tiêu chuẩn lựa chọn:*

BN là đối tượng nghiên cứu; được chụp CLVT 64 dãy có tiêm thuốc cản quang trước can thiệp nút mạch và chụp CLVT 64 dãy có tiêm thuốc cản quang hoặc MRI có tiêm thuốc đối quang sau can thiệp 3 tháng; được xét nghiệm công thức máu trước can thiệp và sau can thiệp 3 tháng; có đủ các dữ liệu lâm sàng và hồ sơ bệnh án.

#### *\* Tiêu chuẩn loại trừ:*

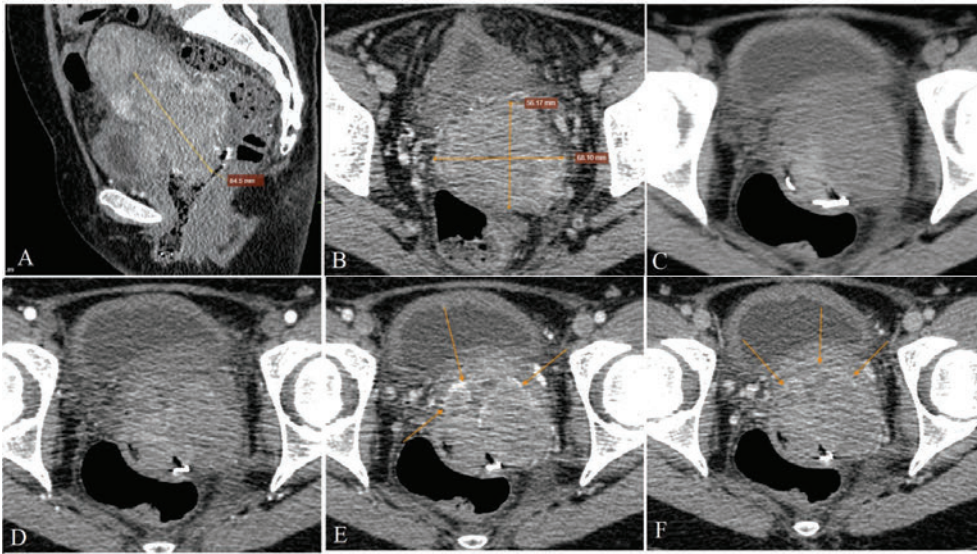
BN không có hồ sơ bệnh án đầy đủ; BN không đồng ý tham gia nhóm nghiên cứu.

## **2. Phương pháp nghiên cứu**

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

*\* Cỡ mẫu và chọn mẫu:* Chọn mẫu áp dụng theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện

*\* Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin:* Các BN được chụp CT có tiêm thuốc trước can thiệp (Hình 1). Xác định nhánh mạch cấp máu cho khối u, xác định các biến đổi giải phẫu vùng chậu, mức độ mất máu và kích thước khối u.

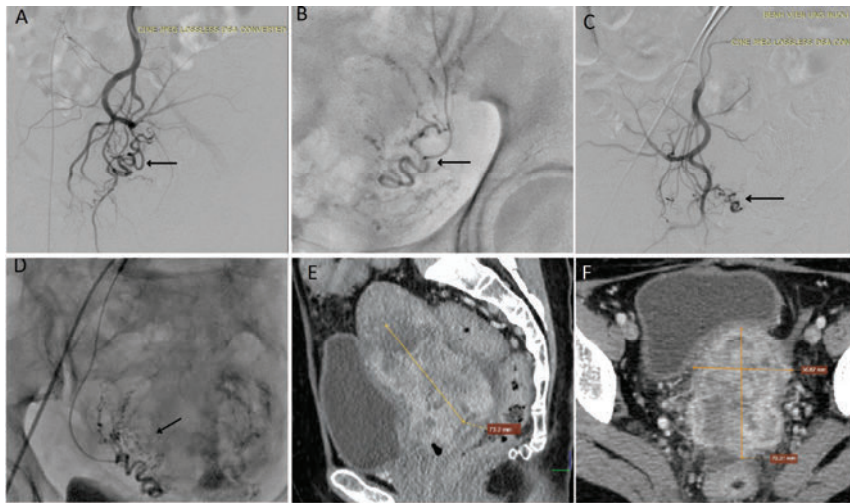


**Hình 1.** Hình ảnh CLVT có tiêm thuốc cản quang BN nữ 40 tuổi vào viện vì chảy máu âm đạo khó cầm (trước can thiệp).

A, B: Khối u lớn vị trí cổ tử cung kích thước 84 x 56 x 68mm, xâm lấn thành sau bàng quang và lan tới 1/3 trên âm đạo, BN được nhét merche cầm máu âm đạo (mũi tên trắng, hình A), tuy nhiên tình trạng chảy máu khó kiểm soát, xuất hiện thở nhanh 30 L/p, nhịp tim nhanh 120 L/p, huyết áp tụt 90/60 mmHg, đau bụng và co cứng vùng bụng dưới, nồng độ hemoglobin 80 g/L, hematocrit 0,26, số lượng hồng cầu 3,6 T/L. C: Trước tiêm có hình ảnh chảy máu ở âm đạo và quanh khối u cổ tử cung. D, E, F: Sau tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch thì động mạch, tĩnh mạch và muôn tương ứng cho thấy khối u ngấm thuốc và tăng sinh mạch nhiều quanh khối.

Sau đó BN được can thiệp nút mạch cầm máu động mạch tử cung hai bên qua đường động mạch đùi chung (Hình 2, A-D). Các BN được nút mạch cầm máu qua đường động mạch đùi chung theo phương pháp Seldinger. Sau khi đánh giá vị trí chảy máu của khối u hoặc vùng khối u giàu mạch, dùng kỹ thuật siêu chọn lọc đưa catheter đến gần điểm chảy máu nhất

có thể để đạt được hiệu quả nút mạch cầm máu và giảm nguồn cấp máu tới khối u. Vật liệu can thiệp nút mạch được sử dụng là Spongel (gelfoam) hoặc hạt vi cầu (embozene), coil, keo sinh học. Tất cả các BN đều được nút động mạch tử cung hai bên. Băng ép vị trí động mạch động mạch đùi chung và theo tại chỗ sau can thiệp tối thiểu 24 giờ.



**Hình 2.** Hình ảnh can thiệp nút mạch cầm máu BN nữ 40 tuổi vào viện vì chảy máu âm đạo khó cầm và sau 3 tháng.

BN được tiến hành nút động mạch tử cung hai bên cầm máu (A, B - bên trái và C, D - bên phải). A, C: Chụp động mạch chậu trong bên trái (A) và bên phải (B) thấy khối u được cấp máu bởi nhánh động mạch tử cung. B, D: Tiến hành nút mạch bằng hỗn hợp hạt PVA và spongel trộn với lipiodol. Sau ba tháng, khối u có kích thước 73 x 56 x 72mm, tăng kích thước so với hình lúc nhập viện E, F: Sau can thiệp và 1 tháng không còn biến chứng chảy máu âm đạo. Sau 3 tháng nồng độ hemoglobin 112 g/L, hematocrit 0,39, số lượng hồng cầu 4,1 T/L.

Sau can thiệp, BN được theo dõi và đánh giá hiệu quả cầm máu ngay sau thủ thuật (đánh giá cầm máu tạm thời bằng đánh giá rút meche âm đạo và tình trạng huyết động) và đánh giá lâm sàng sau 1 và 3 tháng. Các biến chứng được chia thành biến chứng nhỏ và biến chứng lớn theo hệ thống phân loại của Hội điện quang can thiệp (Society of Interventional Radiology), đã được chấp thuận của FDA, thành biến chứng nhỏ và biến chứng lớn [9]. Sau 1 tháng đánh giá các tiêu chí gồm hiệu quả cầm máu sau can thiệp trên lâm sàng và các

biến chứng sớm. Sau can thiệp 3 tháng đánh giá tình trạng chảy máu trên lâm sàng và cận lâm sàng (gồm nồng độ hemoglobin, hematocrit, số lượng hồng cầu), đánh giá trên CT gồm thể tích khối u sau can thiệp (Hình 2, E-F).

\* *Xử lý dữ liệu:* Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Những thống kê mô tả được sử dụng bao gồm trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn cho các biến số định lượng và tần số, tỷ lệ phần trăm cho các biến số định tính. So sánh trước và sau điều trị sử dụng so sánh tương quan ghép

cặp và hệ số tương quan Pearson, giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95%.

**3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Tất cả các đối tượng và người đại diện hợp pháp đều được giải thích về

mục đích của nghiên cứu, tự nguyện đồng ý và ký vào giấy cam kết. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật. Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, hoàn toàn không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác. Không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu của chúng tôi có tổng số 7 BN mắc UTCTC, giai đoạn đều từ Figo IIIa. Các thông số dịch tễ học và lâm sàng được trình bày trong Bảng 1.

**Bảng 1.** Các thông số dịch tễ học và lâm sàng của BN UTCTC có biến chứng chảy máu cấp được can thiệp nút mạch đường động mạch ( $n = 7$ ).

<b>Chỉ số</b>		<b>Giá trị</b>
Tuổi (năm $\pm$ SD)		49,4 $\pm$ 15,4 Khoảng 30 - 76 tuổi
Giải phẫu bệnh n (%)	Carcinoma vảy	5 (71,4)
	Carcinosarcoma	2 (28,6)
Giai đoạn FIGO n (%)	IIIa	2 (28,7)
	IIIb	3 (42,9)
	IVa	1 (14,2)
	IVb	1 (14,2)

Vật liệu can thiệp được sử dụng là Spongel đơn thuần trộn với Lipiodol với 3 BN và 4 BN kết hợp Spongel trộn với Lipiodol và hạt vi cầu 500 - 700 $\mu$ m. Chỉ có 01 BN xác định được nhánh mạch chảy máu trên trên chụp mạch số hoá xoá nền. Ngay sau can thiệp 7/7 (100%) BN rút được merche ngay sau can thiệp. Trong vòng 24 giờ, 7 BN có đau vùng chậu hông tăng lên sau can thiệp và 02 BN có chảy máu âm đạo số lượng ít. Sau 1 tháng có 04 BN có đau vùng chậu hông đau lên sau can thiệp và 01 BN còn chảy máu âm đạo số lượng ít. Sau 3 tháng có 02 BN có đau vùng tăng lên sau can thiệp và 01 BN còn chảy máu âm đạo số

lượng ít. Không có BN nào có biến chứng lớn ngay sau can thiệp, sau 1 tháng và 3 tháng.

**Bảng 2.** Các thông kỹ thuật can thiệp nút mạch đường động mạch điều trị cầm máu trên BN UTCTC có biến chứng chảy máu cấp.

<b>Vật liệu can thiệp</b>	Spongel + lipiodol	3/7 (42,8%)		
	Spongel + lipiodol + hạt vi cầu (500 - 700 $\mu$ m)	4/7 (57,2%)		
<b>Nhánh mạch chảy máu trên chụp mạch số hoá xoả nền</b>	Không có	6/7		
	Nhánh cổ tử cung của động mạch tử cung	1/7		
	Hiệu quả ngay sau can thiệp	7/7 rút được meche ngay sau thủ thuật		
	Biến chứng nhỏ	Sau 24 giờ	1 tháng	3 tháng
	Đau vùng chậu hông tăng lên sau can thiệp	7/7	4/7	2/7
	Chảy máu âm đạo số lượng ít	2/7	1/7	1/7
<b>Đánh giá sau can thiệp</b>	Chảy máu vị trí can thiệp	0/7	0/7	0/7
	Sốt	0/7	0/7	0/7
	Biến chứng lớn	Sau 24 giờ	1 tháng	3 tháng
	Chảy máu âm đạo số lượng nhiều (yêu cầu can thiệp lại /phẫu thuật)	0/7	0/7	0/7
	Tắc mạch máu lớn	0/7	0/7	0/7
	Tử vong	0/7	0/7	0/7

Các thông số đánh giá hiệu quả của phương pháp nút mạch cầm máu được trình bày ở bảng 3. Nồng độ hemoglobin, hematocrit, số lượng hồng cầu sau can thiệp 3 tháng tăng lên có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Hệ số tương quan Pearson của sự tăng lên về nồng độ hemoglobin, hematocrit, số lượng hồng cầu sau can thiệp 3 tháng đều  $< 0,05$  cho thấy có mối quan hệ nguyên nhân - kết quả

giữa can thiệp và sự tăng các giá trị huyết học nêu trên. Thể tích khối u giảm đi so với trước điều trị không có ý nghĩa thống kê và không có mối liên hệ nguyên nhân - kết quả với điều trị can thiệp.

**Bảng 3.** Đánh giá hiệu quả của phương pháp nút mạch cầm máu trên các BN UTCTC được can thiệp nút mạch đường động mạch sau can thiệp 3 tháng.

Thông số	Trước can thiệp		Sau can thiệp 3 tháng	
	$(\bar{X} \pm SD)$		$(\bar{X} \pm SD)$	
Hematocrit	0,28 ± 0,03		0,37 ± 0,04	
Hemoglobin (g/L)	88,4 ± 8,3		119,1 ± 6,4	
Số lượng hồng cầu (T/L)	3,31 ± 0,22		3,94 ± 0,27	
Thể tích khối u (mm <sup>3</sup> )	174,56 ± 250,85		50,14 ± 51,72	
So sánh trước và sau điều trị	Sự khác biệt		Tương quan	Hệ số tương
	$(\bar{X} \pm SD)$		ghép cặp (p)	quan Pearson (p)
Hematocrit	0,09 ± 0,03		< 0,001	0,035
Hemoglobin (g/L)	30,7 ± 5,1		< 0,001	0,019
Số lượng hồng cầu (T/L)	0,58 ± 0,25		< 0,001	0,031
Thể tích khối u (mm <sup>3</sup> )	-124,427 ± 238,925		0,109	0,236

### BÀN LUẬN

Theo GLOBOCAN 2018, UTCTC là loại ung phụ khoa thường gặp thứ hai sau ung thư vú với tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong hàng năm tương ứng là 12,7% và 5,7% trên 100.000 phụ nữ [2]. Độ tuổi trung bình trong một số nghiên cứu trước đây khoảng 44 tuổi, giao động từ 26 - 70 tuổi [2], tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi có

độ tuổi trung bình là 49,4 ± 15,4, dao động từ 30 - 76 tuổi. Tại thời điểm phát hiện, thường có tới hai phần ba số BN được chẩn đoán ở giai đoạn muộn theo giai đoạn của FIGO 2019 IB2 - IVA [2]. Nghiên cứu của chúng tôi có tổng số 7 BN mắc UTCTC, trong đó tất cả các BN có biến chứng chảy máu cấp và khó kiểm soát đều ở giai đoạn muộn từ IIIa.



Chảy máu âm đạo là một biến chứng khó kiểm soát trong quản lý và điều trị các BN bị UTCTC với tỷ lệ tử vong do biến chứng này lên tới 6% [2, 4]. Biến chứng chảy máu âm đạo khó cầm có thể gây ra sự trì hoãn các phương pháp điều trị ban đầu và liệu trình điều trị đang diễn ra của BN. Việc kéo dài thời gian dự kiến điều trị dài hơn tám tuần có thể tăng nguy cơ khối u lan rộng ra các tạng vùng tiểu khung và giảm thời gian sống không có tái phát của BN [4, 10].

Trước đây, nhét gạc, phẫu thuật và xạ trị cấp cứu vùng tiểu khung được coi là các phương pháp điều trị chính đối với chảy máu khó cầm qua đường âm đạo ở các BN UTCTC [4]. Nhét gạc cầm máu qua đường âm đạo là phương pháp điều trị hữu hiệu tuy nhiên việc thay gạc cầm máu lặp đi lặp lại mỗi 2 - 3 ngày gây khó chịu và đau nhiều cho người bệnh, đôi khi không cầm máu do lượng máu chảy trong thời gian dài gây rối loạn đông máu, làm tăng nguy cơ tổn thương thành âm đạo và cổ tử cung vốn đã suy yếu do u xâm lấn, làm tăng nguy cơ chảy máu khó kiểm soát [4]. Xạ trị cấp cứu vùng chậu trước đây được coi là phương pháp chìa khoá trong kiểm soát chảy máu. Tuy nhiên, phương pháp này không phải phương pháp đầu tay do cần thời gian khoảng 3 ngày để tia xạ phát huy tác dụng [4]. Nút mạch cầm máu qua đường động mạch được coi là

phương pháp hiệu quả để đưa BN quay lại với liệu trình điều trị chỉ sau ngắt quãng khoảng 2 - 3 ngày. Đây là phương pháp chỉ định được ưu tiên nhất trong những trường hợp chảy máu khó cầm gây rối loạn huyết động và không đáp ứng với điều trị nội khoa cũng như nhét meche cầm máu [4, 10].

Các vật liệu có thể được dùng để cầm máu trong can thiệp gồm: Vật liệu can thiệp có kích thước nhỏ nhất được sử dụng để làm tắc các vi mạch như keo hoặc hạt vi cầu (500 - 700 $\mu$ m), lipiodol; vòng xoắn kim loại được sử dụng để làm tắc các nhánh mạch gần hơn và các nhánh mạch lớn có khả năng bị kích thích sau can thiệp gây tăng sinh tuần hoàn bàng hệ tái thông và có nguy cơ gây khó kiểm soát trong các lần can thiệp sau, ví dụ như động mạch chậu trong [5, 7]. Cần gây tắc các nhánh mạch nhỏ tối đa bằng nút chọn lọc động mạch để đạt được hiệu quả cầm máu tối đa và giảm nguy cơ biến chứng khi nút các nhánh mạch lớn gây thiếu máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vật liệu can thiệp được dùng là Spongel trộn với Lipiodol và một số trường hợp nút cuống mạch bằng hạt vi cầu. Theo một số nghiên cứu trước đây, việc không xác định được điểm chảy máu hoạt động không ảnh hưởng việc đưa ra chỉ định nút mạch cầm máu mà cần dựa trên tình trạng chảy máu trên lâm sàng [4, 10]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 01 trường hợp xác

định được điểm chảy máu hoạt động trên chụp mạch. Do các vòng nối tuần hoàn bằng hệ vùng chậu rất phong phú nên việc nút động mạch tử cung cả hai bên để cầm máu là cần thiết [5, 7]. Tỷ lệ thành công của nút tắc động mạch tử cung hai bên trong cầm máu giao động từ 40 - 100% [3, 5, 6, 7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ hemoglobin, hematocrit, số lượng hồng cầu sau can thiệp 3 tháng tăng lên có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Trong đó nồng độ hemoglobin sau điều trị tăng khoảng  $30,7 \pm 5,1\text{g/L}$ , hematocrit tăng lên khoảng  $0,09 \pm 0,03$ , số lượng hồng cầu tăng lên khoảng  $0,58 \pm 0,25\text{T/L}$ . Hệ số tương quan Pearson của ba chỉ số trên sau can thiệp 3 tháng đều  $\leq 0,05$  cho thấy có mối quan hệ nguyên nhân - kết quả giữa can thiệp và sự tăng các giá trị huyết học nêu trên. Thể tích khối u giảm đi so với trước điều trị không có ý nghĩa thống kê và không có mối liên hệ nguyên nhân - kết quả với điều trị can thiệp. Nghiên cứu của tác giả Roxana Bohiltea và CS [3] trên 35 BN có các khối u ác tính tử cung (33 UTCTC, 02 ung thư nội mạc tử cung) có biến chứng chảy máu âm đạo cấp tính, cho thấy đây là phương pháp xâm lấn tối thiểu có hiệu quả cầm máu trong 100% trường hợp, nghiên cứu của chúng tôi có 100% BN cầm máu ngay sau can thiệp, phù hợp với kết quả nghiên cứu trên. Một số báo cáo lâm sàng của các tác giả khác cũng cho

thấy hiệu quả của can thiệp nút mạch đường động mạch trong điều trị và kiểm soát tình trạng chảy máu cấp ở BN UTCTC [3, 5, 6, 7].

Các biến chứng có thể gặp liên quan tới can thiệp gồm nút tắc động mạch chậu trong hai bên làm hoại tử da, hoại tử bàng quang, rối loạn chức năng thần kinh, huyết khối, làm tắc các mạch không phải mục tiêu và đau vùng tiểu khung [3, 5, 6, 7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong vòng 24 giờ, 7/7 BN có đau vùng chậu hông tăng lên sau can thiệp và 02 BN có chảy máu âm đạo số lượng ít. Sau 1 tháng có 04 BN có đau vùng chậu hông đau lên sau can thiệp và 01 BN còn chảy máu âm đạo số lượng ít. Sau 3 tháng có 02 BN có đau vùng chậu hông đau lên sau can thiệp và 1 BN còn chảy máu âm đạo số lượng ít. Không có BN nào có biến chứng lớn ngay sau can thiệp, sau 1 tháng và 3 tháng.

### KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch trong điều trị UTCTC có biến chứng chảy máu cấp là một biện pháp cầm máu tạm thời có giá trị giúp nhanh chóng kiểm soát huyết động, là tiền đề cho các phương pháp điều trị xạ trị và hóa chất trong kiểm soát khối u cổ tử cung chảy máu.

**Lời cảm ơn:** Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn các nhân viên của bệnh viện và nhân viên Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội đã hỗ trợ

chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. Xin cảm ơn các đối tượng nghiên cứu đã tham gia.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gorgens S. The bleeding cervical cancer patient: Systematic approach and management. emDOCs.net - *Emergency Medicine Education*. Published October 24, 2022. Accessed January 28, 2024. <https://www.emdocs.net/the-bleeding-cervical-cancer-patient-systematic-approach-and-management/>

2. Alméciga A, Rodriguez J, Beltrán J, et al. Emergency embolization of pelvic vessels in patients with locally advanced cervical cancer and massive vaginal bleeding: A case series in a latin american oncological center. *JCO Glob Oncol*. 2020; (6):1376-1383. DOI:10.1200/GO.20.00239.

3. Bohîlțea RE, Dorobaț B, Doldur MM, et al. Uterine arteries embolization-A rescue tool for acute vaginal bleeding in late stages of gynecologic malignancies. *CEOG*. 2022; 49(6):142. DOI:10.31083/j.ceog4906142.

4. Field K, Ryan MJ, Saadeh FA, et al. Selective arterial embolisation for intractable vaginal haemorrhage in genital tract malignancies. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2016; 37(5):736-740.

5. Choi J, Shin JH, Chu HH. Transcatheter arterial embolization for palliation of uterine body cancer bleeding.

*J Korean Soc Radiol*. 2023; 84(3):606-614. DOI:10.3348/jksr.2022.0067

6. Olejniczak L, Zasowska-Nowak A. The management of vaginal bleeding in advanced cervical cancer. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2023; 15(3):93-99. DOI:10.5114/pm.2023.132018

7. Habanova H, Mikula P, Tvrđik T, Dedinska E, Komaromy K, Rusnak I. Emergency uterine artery embolization used for managing profuse intra-abdominal bleeding and uterine rupture in a patient with advanced cervical cancer. *Diagnostics (Basel)*. 2022; 12(5):1081. DOI:10.3390/diagnostics12051081.

8. Munteanu O, Secara D, Neamtu MN, et al. Our experience in using the endovascular therapy in the management of hemorrhages in obstetrics and gynecology. *Diagnostics (Basel)*. 2022; 12(6):1436. DOI:10.3390/diagnostics12061436.

9. Sacks D, McClenny TE, Cardella JF, Lewis CA. Society of interventional radiology clinical practice guidelines. *J Vasc Interv Radiol*. 2003; 14(9 Pt 2):S199-S202. DOI:10.1097/01.rvi.0000094584.83406.3e.

10. Cervical Cancer - Palliative embolization due to bleeding a case report. Accessed March 18, 2024. [https://www.researchgate.net/publication/342653300\\_Cervical\\_Cancer\\_-\\_Palliative\\_Embolization\\_Due\\_to\\_Bleeding\\_A\\_Case\\_Report](https://www.researchgate.net/publication/342653300_Cervical_Cancer_-_Palliative_Embolization_Due_to_Bleeding_A_Case_Report).