



**HỘI NGHỊ KHOA HỌC
HỘI TIM MẠCH VÀ TIM MẠCH CAN THIỆP AN GIANG**



**CASE LÂM SÀNG CAN THIỆP MẠCH TẠNG VÀ
BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI KỸ THUẬT MỚI TẠI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KIÊN GIANG**

**BS LÊ PHƯỚC KHA
BVĐK KIÊN GIANG**



Phu Quoc, January 16 – 17, 2026 | Phú Quốc, ngày 16 – 17 tháng 01 năm 2026



NỘI DUNG

- 1 Giới thiệu
- 2 Chỉ định và chống chỉ định
- 3 Kỹ thuật thực hiện
- 4 Sơ lược kết quả bước đầu triển khai
- 5 Guideline và một số case lâm sàng
- 6 Kết luận

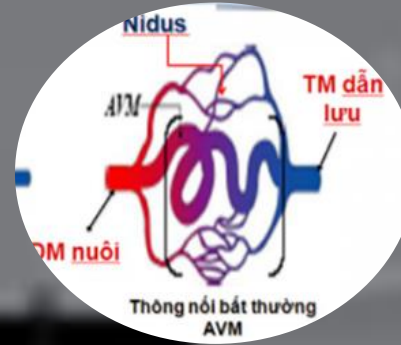
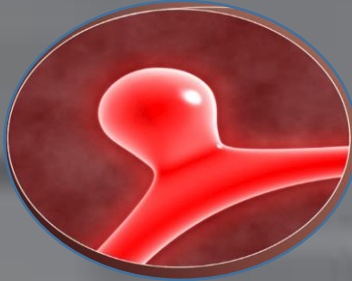


1. GIỚI THIỆU

- ❖ **Chụp và can thiệp mạch tạng:**
 - Là một trong những kỹ thuật thuộc chuyên ngành điện quang can thiệp.
 - Là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu.
 - Áp dụng ngày càng rộng rãi hơn trong các chỉ định lâm sàng
 - Bệnh viện đa khoa Kiên Giang bắt đầu triển khai từ đầu năm 2025.
 - Đã và đang phát triển ngày càng mạnh mẽ hơn theo xu hướng mới.

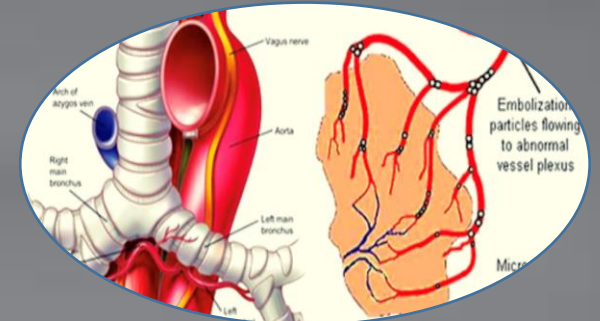
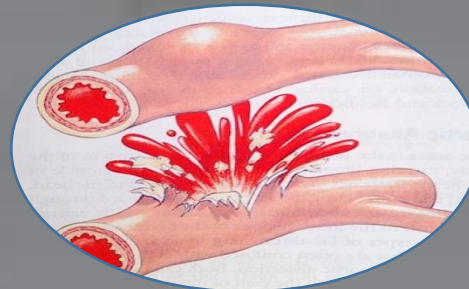


2. CHỈ ĐỊNH



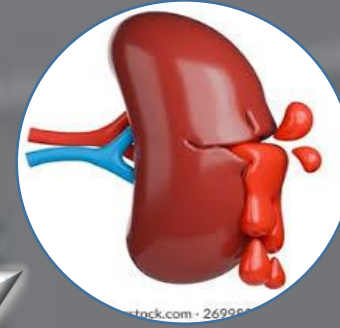
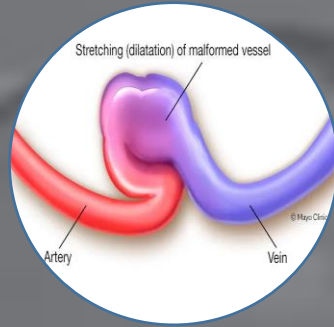
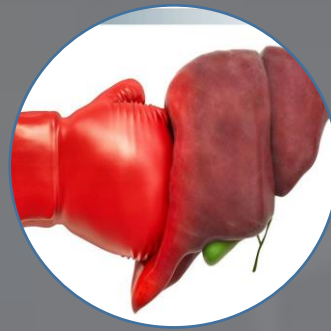
BỆNH LÝ

- ❖ U gan, thận, lách, phổi.
- ❖ Tử cung, tuyến tiền liệt
- ❖ Túi mình động mạch
- ❖ Nhồi máu mạc treo
- ❖ Xuất huyết tiêu hóa
- ❖ Ho ra máu, AVM

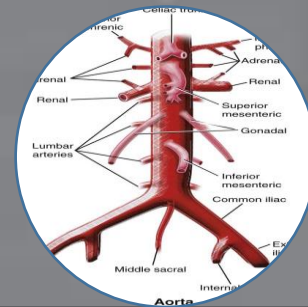
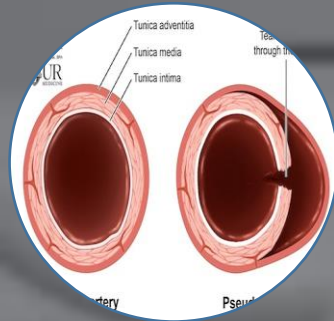




2. CHỈ ĐỊNH



CHẤN THƯƠNG VÀ CÁC BIẾN CHỨNG





2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

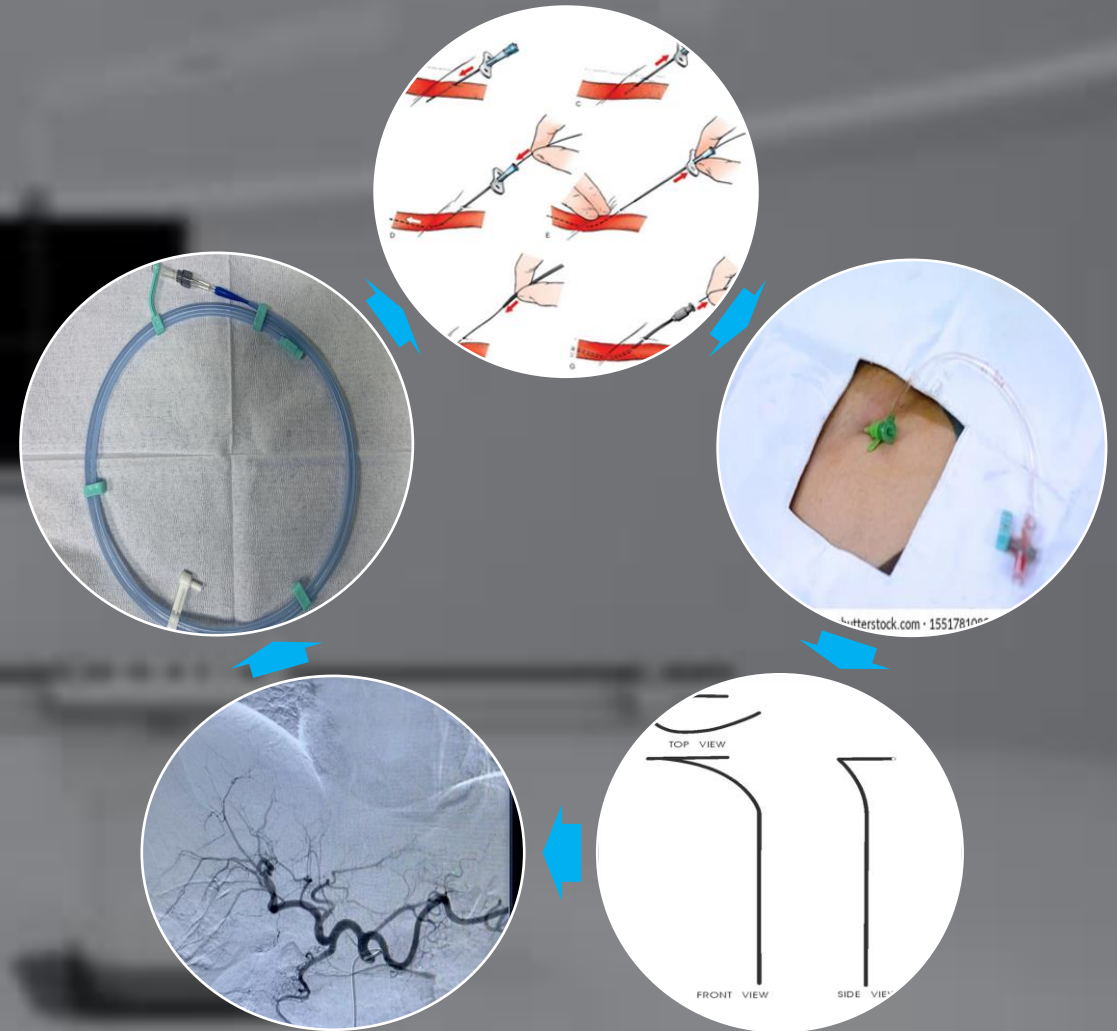
- Người bệnh trong tình trạng nhiễm khuẩn nặng.
- Người bệnh suy thận nặng.
- Phụ nữ mang thai.
- Tiền sử dị ứng nặng với thuốc cản quang iod.
- Bệnh nhân có rối loạn đông máu.

☞ **Chú ý:** Các chống chỉ định trên chỉ là chống chỉ định tương đối.



3. KỸ THUẬT THỰC HIỆN

- Tê tại chỗ: 2ml lidocaine.
- Tiếp cận ĐM đùi, ĐM quay, ĐM cánh tay: Sheath 4F-8F theo phương pháp Seldinger.
- Catheter 4F - 5F (Liver, Yashiro, Shepherd's Hook, Vertebral): động mạch thân tạng, mạc treo,...
- Lập bản đồ hình ảnh ban đầu.
- Luồn Microcatherter vào cách nhánh động mạch tổn thương.
- Dùng vật liệu tắc mạch phù hợp.





VẬT LIỆU NÚT MẠCH

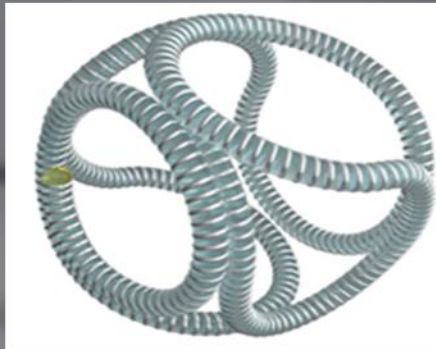
Hạt nút
mạch
Contour



Hạt nút
mạch
Embozene



Sponjel



Coils



Keo



4. KẾT QUẢ THỰC HIỆN

Từ 01 – 10/2025

Kỹ thuật	ĐVT	Vật liệu thuyên tắc	Số lượng	Kết quả	Biến chứng
Chụp và điều trị u gan vỡ	Ca	Sponjel	6	Tắc hoàn toàn	Không
Chụp và điều trị vỡ gan do chấn thương	Ca	Hạt PVA	3	Tắc hoàn toàn	Không
Chụp và điều trị vỡ thận do chấn thương	Ca	Hạt PVA	4	Tắc hoàn toàn	Không
Chụp và điều trị vỡ lách do chấn thương	Ca	Hạt PVA và Sponjel	3	Tắc hoàn toàn	Không
Chụp chẩn đoán ho ra máu	Ca		1	Không can thiệp	Không
Chụp chẩn đoán động mạch mạc treo tràng trên	Ca		1	Không can thiệp	Không



5. GUIDELINE LIVER TRAUMA

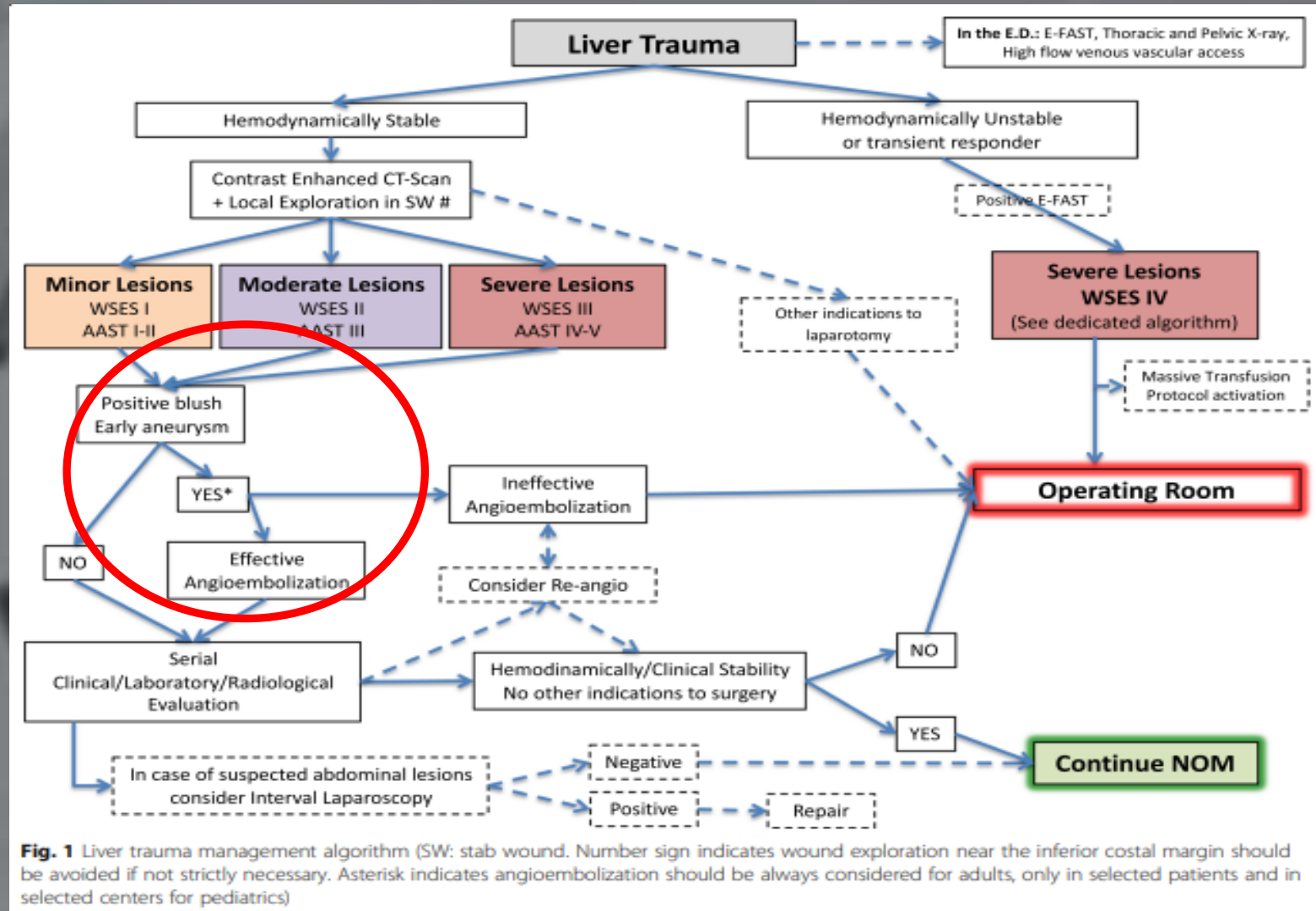


Fig. 1 Liver trauma management algorithm (SW: stab wound. Number sign indicates wound exploration near the inferior costal margin should be avoided if not strictly necessary. Asterisk indicates angioembolization should be always considered for adults, only in selected patients and in selected centers for pediatrics)



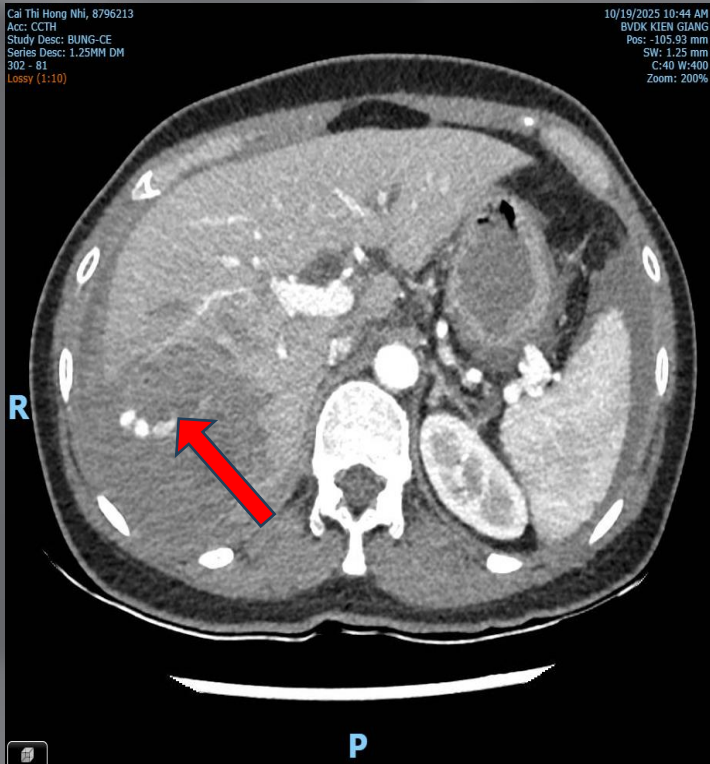
5. CASE LÂM SÀNG

CASE LÂM SÀNG 1

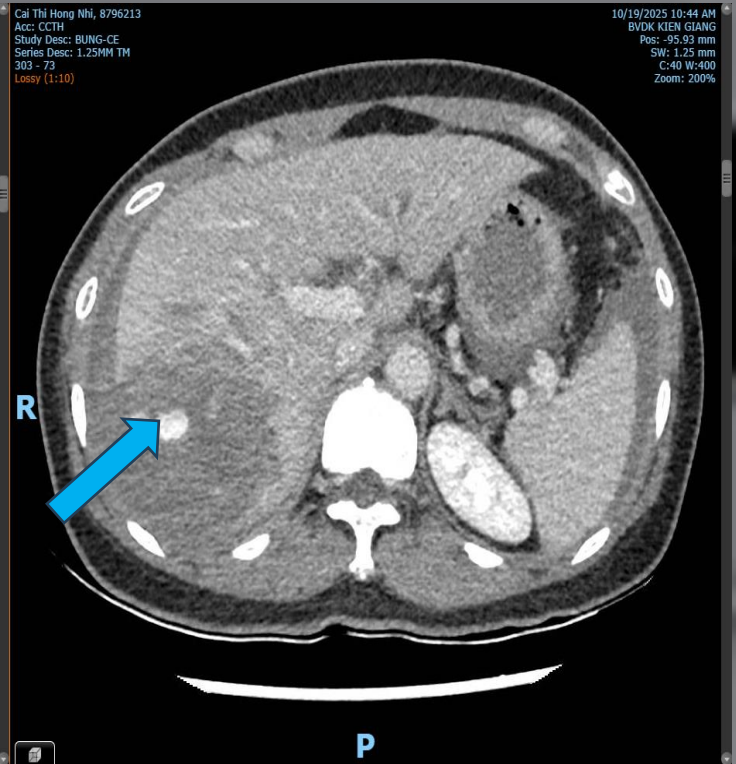
Hành chánh	Họ và tên: CÁI THỊ HỒNG N. Giới tính: Nữ Tuổi: 52 Nhập viện: 08h50 ngày 19/10/2025
Lý do vào viện	Đau bụng và khó thở sau chấn thương (Giờ thứ 5)
Tình trạng lúc nhập viện	Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt, niêm hồng vừa. Mạch: 77 l/p. HA: 100/60mmHg. Mệt, khó thở. Đau khắp bụng, bầm tím vùng ngực và hạ sườn phải. Khám bụng chướng nhẹ, đề kháng (-). Giảm âm đáy phổi phải
Cận lâm sàng	FAST-E: Dịch ổ bụng CTScan: Dập vỡ gan độ IV có xuất huyết hoạt động, dịch ổ bụng. Gãy cung trước xương sườn 5,6,7 bên phải. RBC 4.58 T/L. HGB 10 g/dL. HCT 30%.



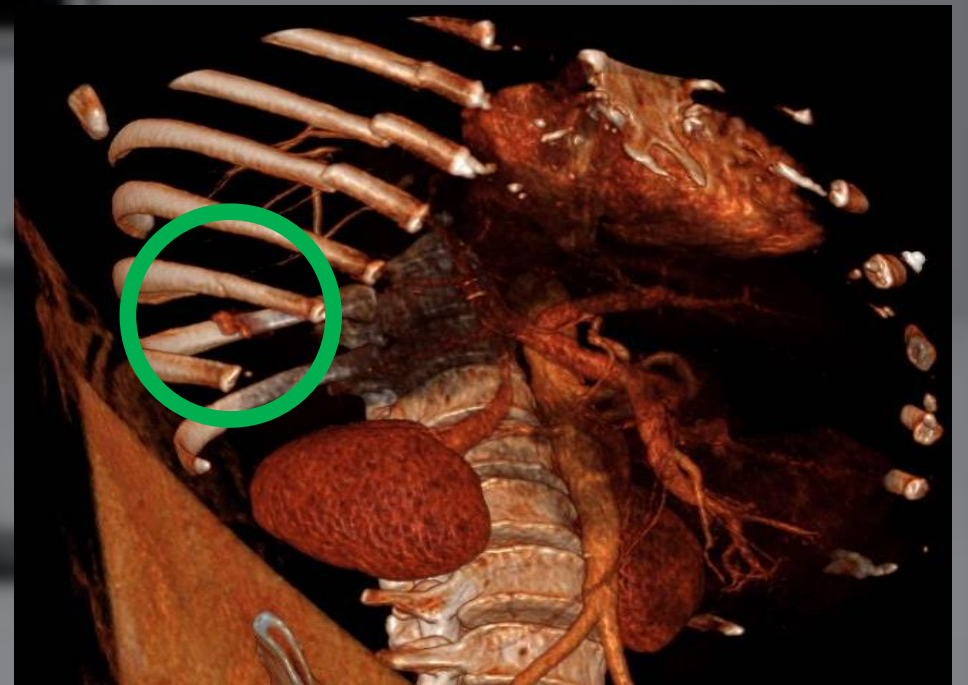
HÌNH ẢNH CTSCAN



P
A

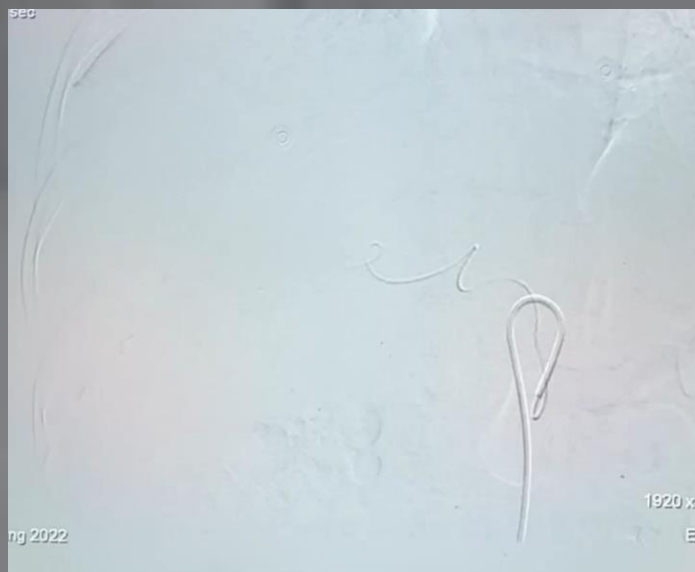


P
B





CHỤP KIỂM TRA





CAN THIỆP



Pre TAE



Post TAE

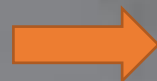


KẾT QUẢ



CT
SAU
10
NGÀY

CT
LÚC
NHẬP
VIỆN





KẾT QUẢ

CLS	8h50 (19/10)	Sau 2h	Sau 12h	Sau 24h	Sau 36h	Sau 48h	Sau 8 ngày	Sau 10 ngày
HGB	10 g/dL	8.2 g/dL	8.4 g/dL	9.8 g/dL	9.5 g/dL	9.2 g/dL		
HCT	33%	27%	26%	30%	29 %	28%		
Echo	Dịch ổ bụng lượng ít theo dõi vỡ gan						Dịch ổ bụng (-)	
CTScan	Vỡ gan có dấu xuất huyết hoạt động.							Vỡ gan không có dấu xuất huyết hoạt động.

BỆNH ỔN XUẤT VIỆN

03/11/2025



5. GUIDELINE KIDNEY TRAUMA

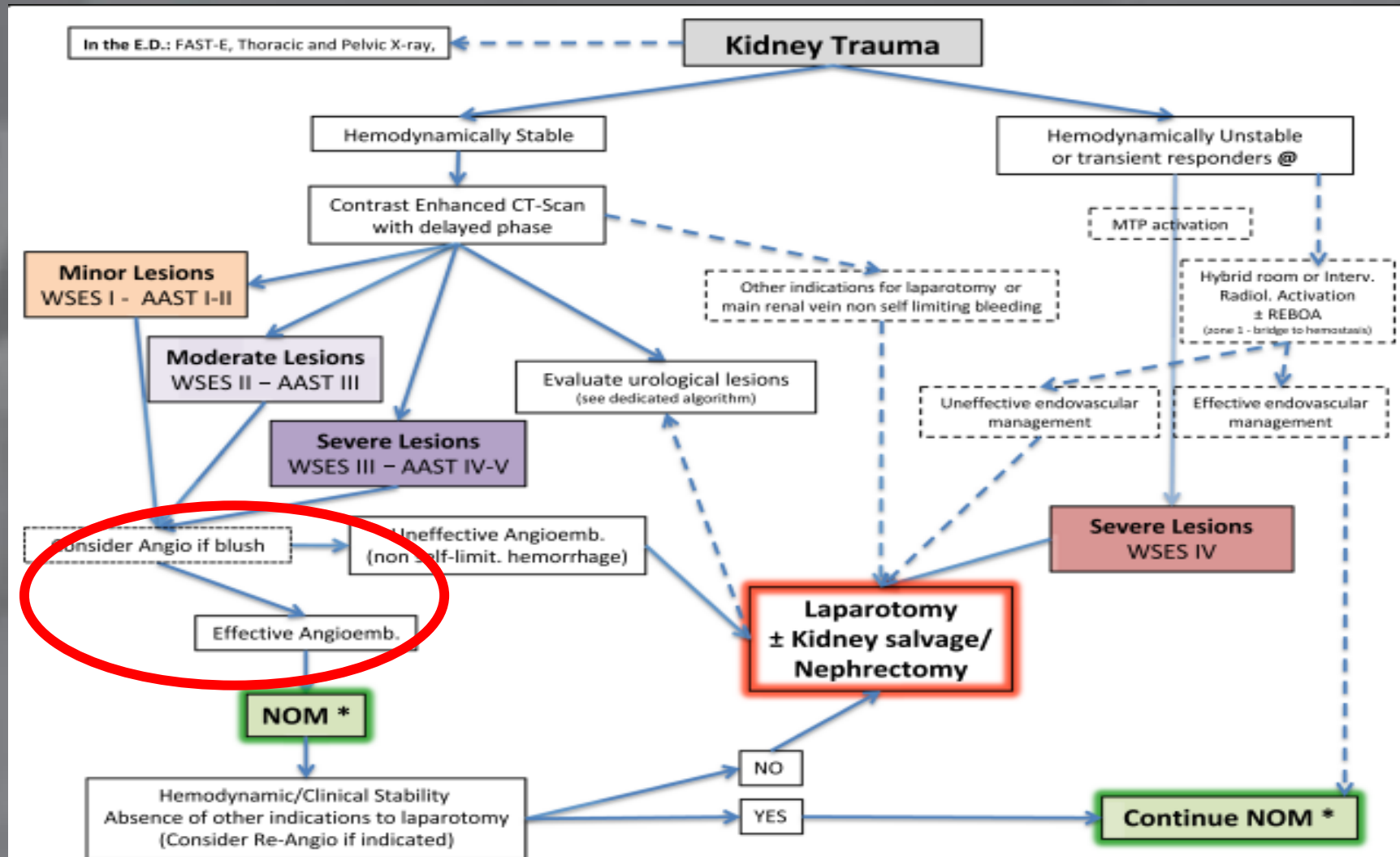


Fig. 3 Kidney trauma management algorithm



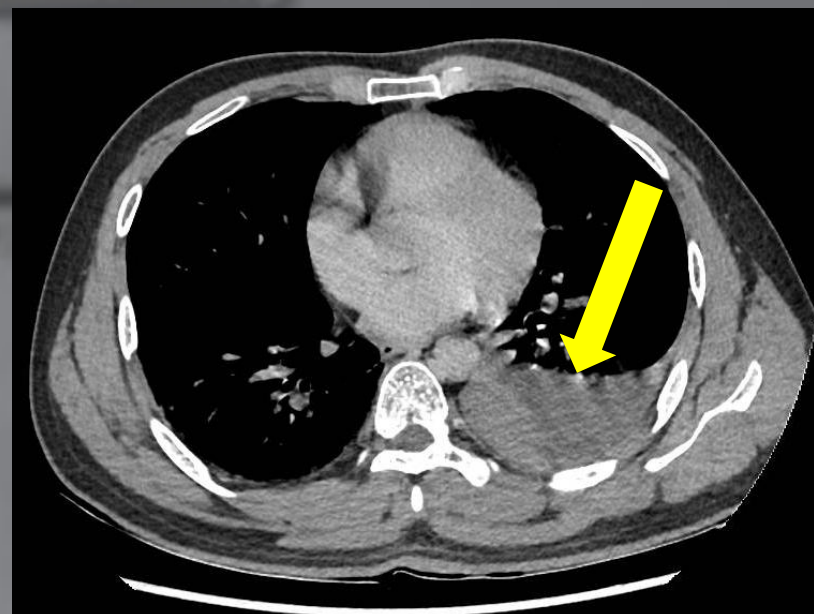
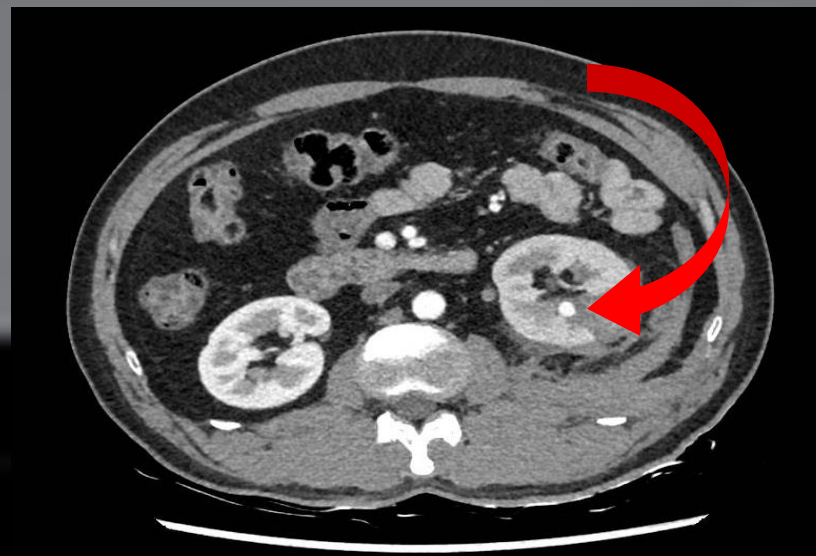
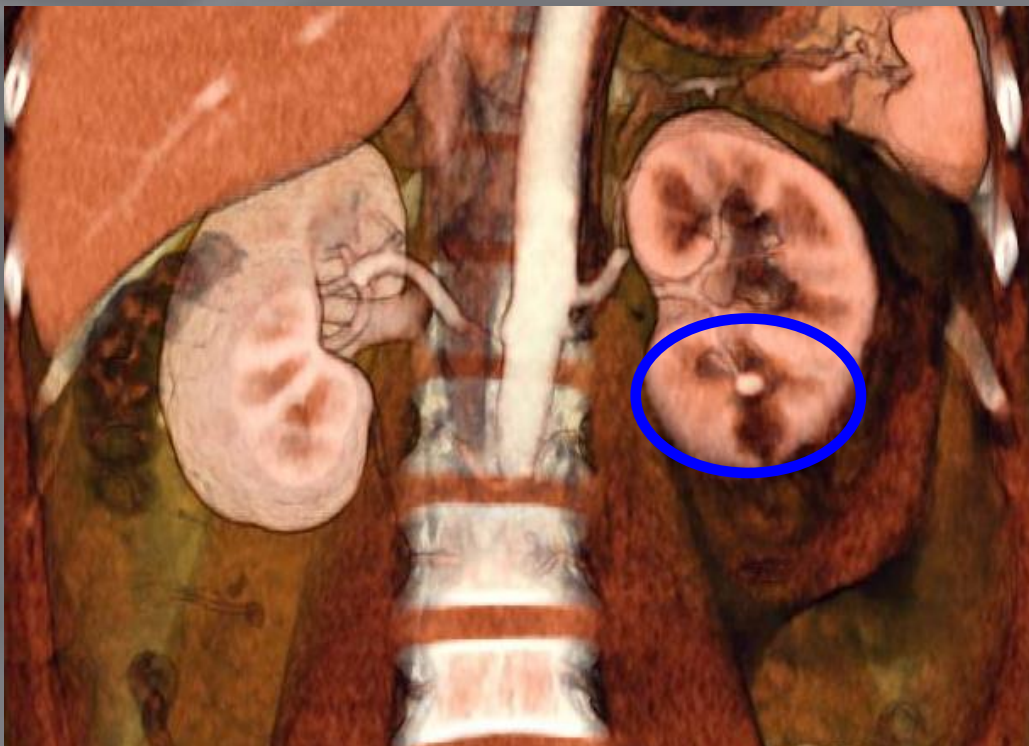
5. CASE LÂM SÀNG

CASE LÂM SÀNG 2

Hành chánh	Họ và tên: ĐINH CHÍ T. Giới tính: Nam Tuổi: 33 Nhập viện: 18h40 ngày 06/04/2025
Lý do vào viện	Tiểu máu và khó thở sau bị đâm vào vùng lưng (Giờ thứ 2)
Tình trạng lúc nhập viện	Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt, niêm hồng vừa. Mạch: 87 l/p. HA: 90/60mmHg. Mệt, khó thở. Đau nhiều chỗ đâm, tiểu máu đỏ tươi, vết thương khoảng 1s X-XI đường nách sau, Giảm âm đáy phổi trái.
Cận lâm sàng	FAST-E: Khối máu tụ lòng bàng quang. Td: Rách thận trái . Ít dịch màng phổi trái. CTScan: Chấn thương thận trái độ IV, khối máu tụ long bàng quang. RBC 4.15 T/L. HGB 12.8 g/dL. HCT 30%.



HÌNH CTSCAN





KẾT QUẢ SAU PT

HCT: 28%
HGB: 9.1 g/dl
Sonde tiểu vàng trong

HP8

HCT: 24%
HGB: 7.7 g/dl
Sonde tiểu đỏ tươi

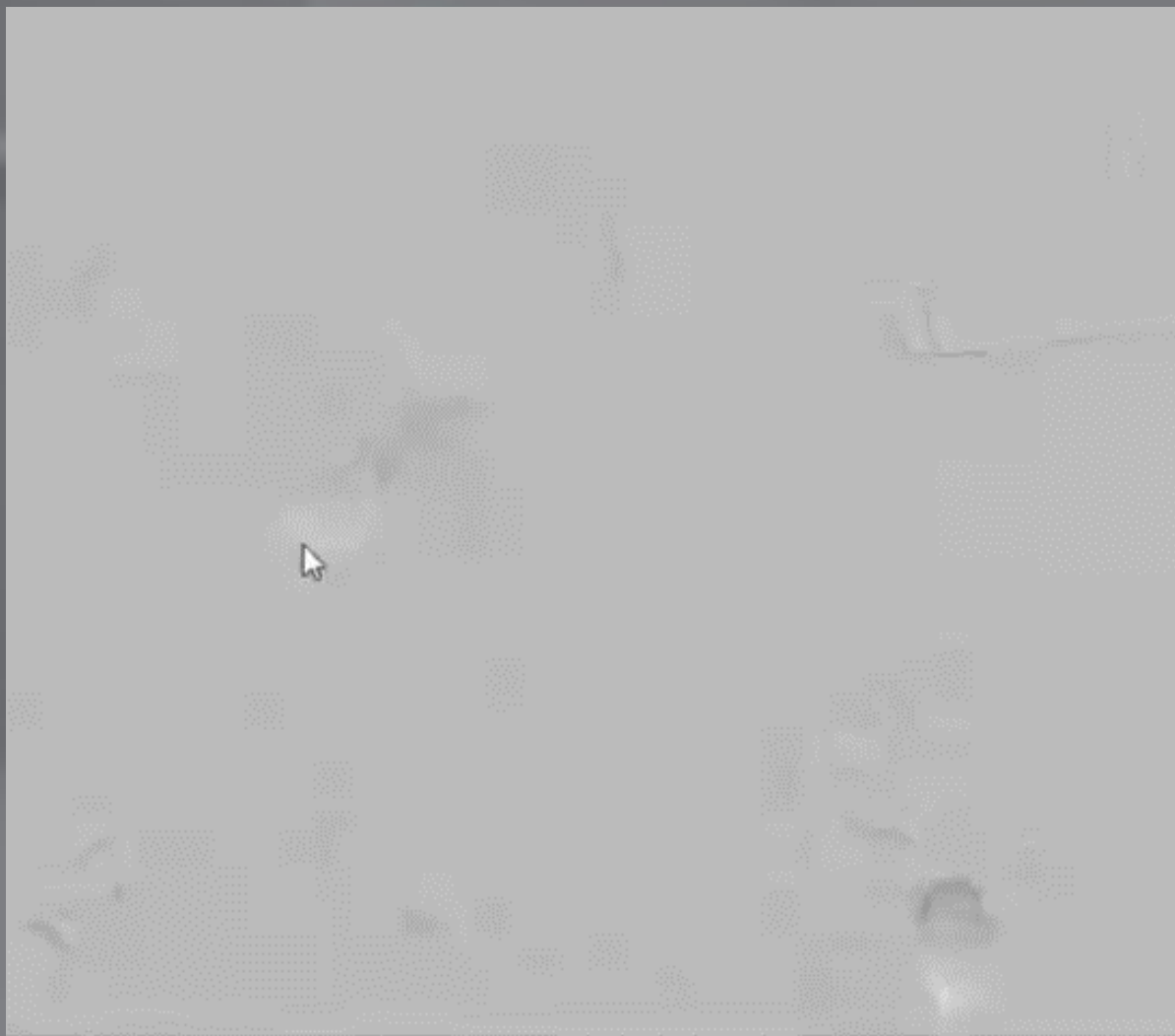
HP10



DSA



CAN THIỆP



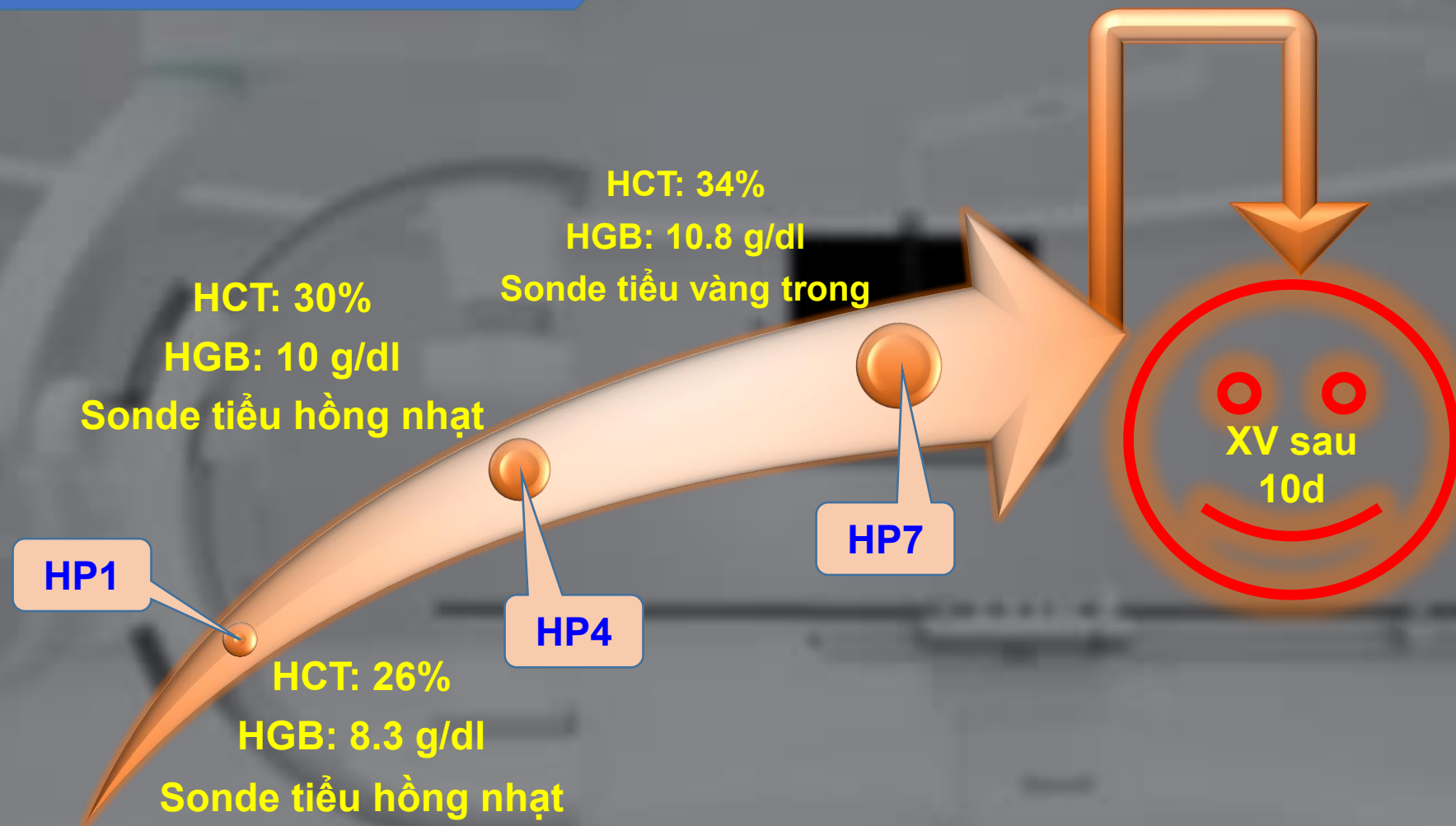
Pre TAE



Post TAE

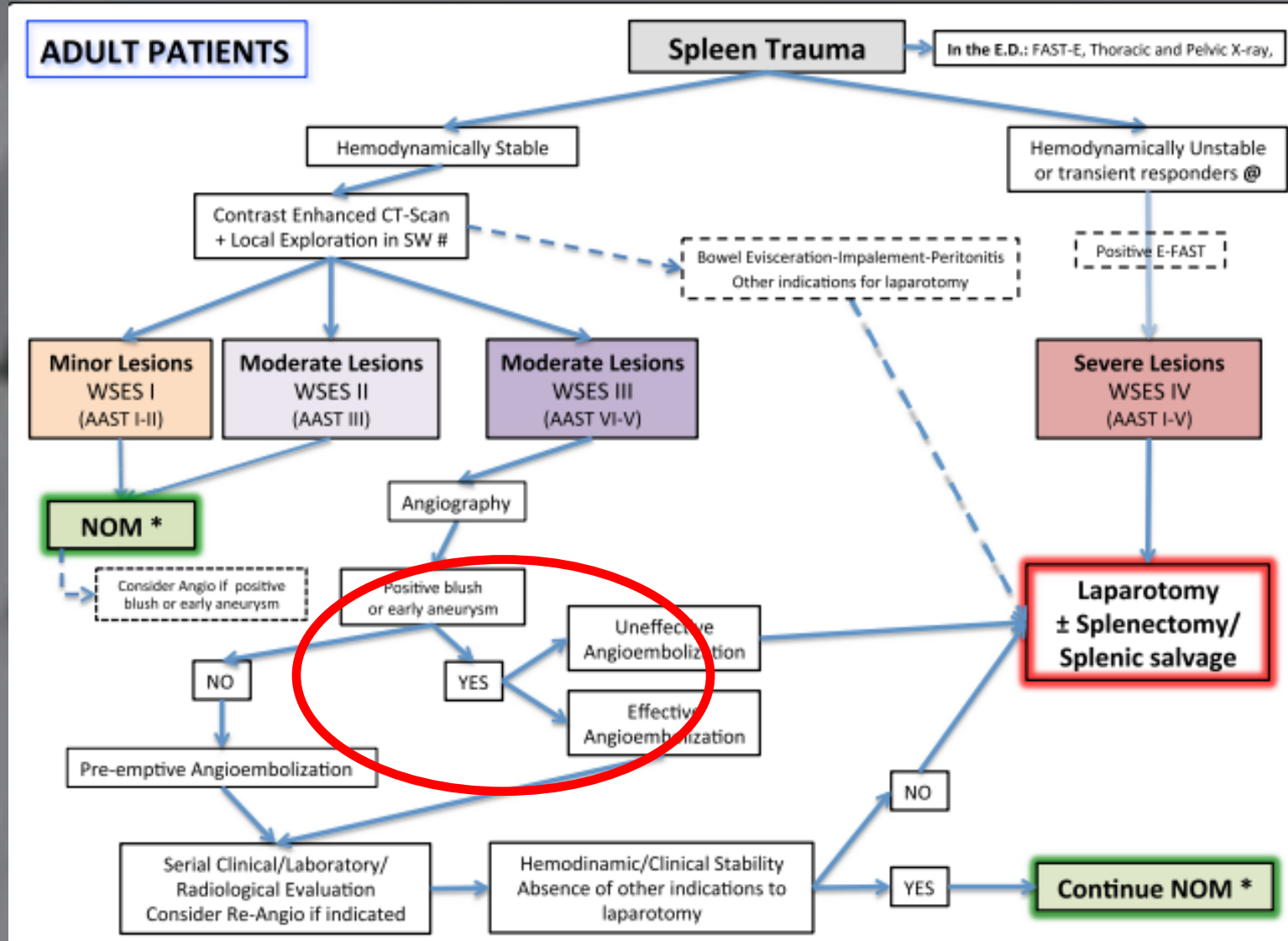


KẾT QUẢ SAU CAN THIỆP





5. GUIDELINE SPLEEN TRAUMA





5. CASE LÂM SÀNG

CASE LÂM SÀNG 3

Hành chánh	Họ và tên: PHẠM THỊ D. Giới tính: Nữ Tuổi: 56 Nhập viện: 16h55 ngày 11/04/2025
Lý do vào viện	Đau bụng và khó thở sau chấn thương (Giờ thứ 3)
Tình trạng lúc nhập viện	Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt, niêm hồng vừa. Mạch: 80 l/p. HA: 100/60mmHg. Mệt, khó thở. Đau khắp bụng, đau nhiều mạn sườn phải, bầm tím vùng ngực và mạn sườn phải.
Cận lâm sàng	FAST-E: Dập lách; dịch ổ bụng. CTScan: Vỡ lách độ III, có giả phình gần rốn lách, td dấu xuất huyết hoạt động ở cực dưới. RBC 2.91 T/L. HGB 8.6 g/dL. HCT 28%.

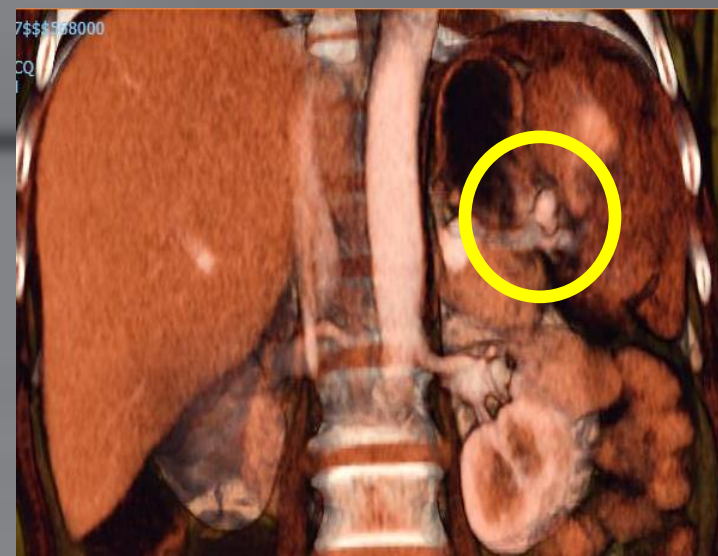
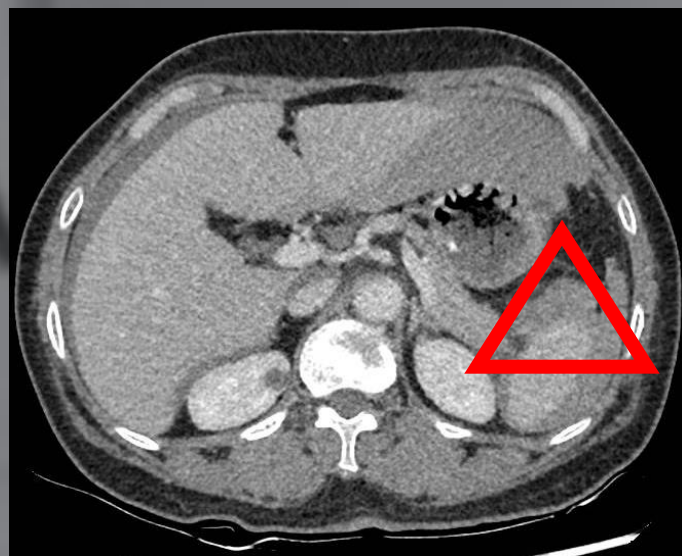


HÌNH ẢNH CTSCAN

A



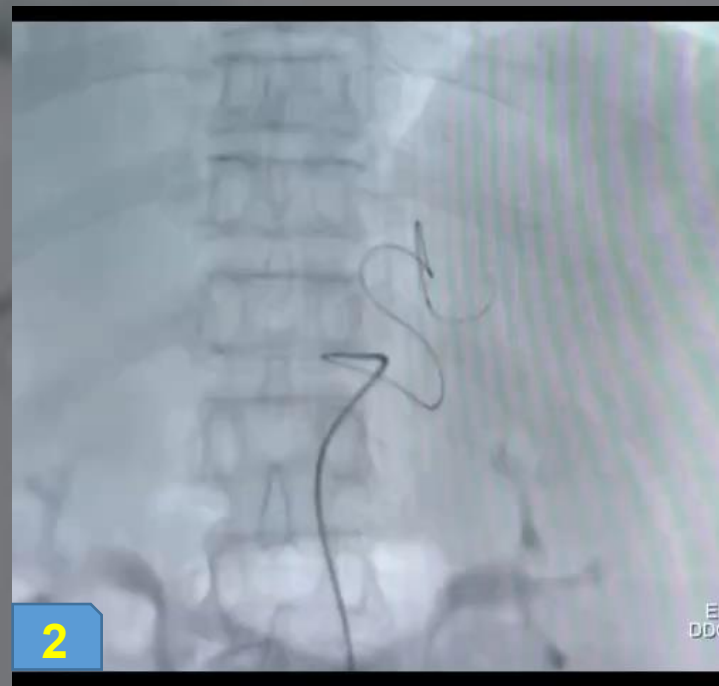
B





CAN THIỆP

Pre TAE



Post TAE



KẾT QUẢ SAU CAN THIỆP

Sau 12h

HCT: 30%

HGB: 9.9 g/dL

Sau 24 h

HCT: 32%

HGB: 10.4 g/dL

Sau 36h

HCT: 34%

HGB: 10.9 g/dL

HÌNH SIÊU ÂM



Echo sau 4 ngày



XUẤT VIỆN SAU
7 NGÀY



KẾT LUẬN

- ✓ Can thiệp mạch tạng là phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu an toàn và hiệu quả, hạn chế các tai biến và biến chứng nặng nề.
- ✓ Rút ngắn thời gian nằm viện, chăm sóc nhẹ nhàng. Thoải mái về mặt tinh thần cũng như thẩm mỹ cho người bệnh. Tuy nhiên chi phí cho thủ thuật khá cao.
- ✓ Giúp giải quyết tốt các biến chứng hay những tổn thương không mong muốn sau phẫu thuật, không phải chỉ định phẫu thuật lại.
- ✓ Việc ứng dụng kỹ thuật DSA trong can thiệp mạch tạng đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ của các khoa lâm sàng và ekip để tránh những rủi ro do chỉ định quá tay hay chậm trễ đáng tiếc.

Cám ơn sự theo dõi
của quý đồng nghiệp

