

NHẬN XÉT KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĩ BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH

Trịnh Đình Hiệp^{1,✉}, Vũ Đăng Lưu¹, Phan Hoàng Giang²
Vũ Đức Thành², Trương Hồng Đức², Lê Quý Thiện²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả kỹ thuật và nhận xét kết quả bước đầu điều trị bệnh trĩ bằng phương pháp nút mạch, thông qua mô tả tiến cứu và hồi cứu, so sánh trước và sau can thiệp. Kết quả được phân tích dựa trên mức độ sa búi trĩ (theo phân độ Goligher), mức độ chảy máu (theo thang điểm FBS) và chất lượng cuộc sống (thang điểm QoL, 0-4). Sau 3 tháng, 10/13 bệnh nhân giảm độ trĩ (phần lớn giảm xuống độ I), 6/8 bệnh nhân không còn chảy máu và chất lượng cuộc sống cải thiện đáng kể, điểm QoL giảm từ $3 \pm 0,58$ xuống $0,77 \pm 0,3$. Một trường hợp cần can thiệp lần hai do chảy máu tái phát, một trường hợp khác kết hợp nội soi thắt vòng cao su. Biến chứng nhẹ như mót rặn, táo bón và đau vị trí chọc mạch đùi, thường ổn định sau 1 - 3 tuần. Hai trường hợp bị viêm loét trực tràng do thiếu máu cục bộ đều ổn định sau điều trị. Phương pháp nút mạch trĩ bước đầu cho thấy hiệu quả trong giảm triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trĩ.

Từ khóa: Nút mạch trĩ, kỹ thuật nút mạch trĩ, điều trị bệnh trĩ bằng nút mạch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là bệnh lý lành tính phổ biến của vùng hậu môn trực tràng. Ở Việt Nam, theo Nguyễn Xuân Hùng và cộng sự, tỷ lệ mắc bệnh trĩ trong cộng đồng là 34,7%.¹ Bệnh trĩ thường biểu hiện bởi các triệu chứng như chảy máu khi đại tiện, sa búi trĩ, hay biến chứng tắc mạch gây đau, hoại tử búi trĩ... gây ảnh hưởng tới sinh hoạt, công việc, giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Có nhiều phương pháp điều trị bệnh trĩ, bao gồm điều trị bảo tồn, can thiệp ít xâm lấn, và phẫu thuật. Điều trị bảo tồn được tiếp cận đầu tiên với các trường hợp nhẹ, chưa có biến chứng. Nếu điều trị bảo tồn bệnh trĩ không hiệu quả, cần cân nhắc điều trị bằng các phương pháp can thiệp ít xâm lấn (nổi bật là phương pháp thắt vòng

cao su búi trĩ- RBL) hay phẫu thuật. Năm 1995, Morinaga và cộng sự có báo cáo kỹ thuật thắt động mạch trĩ dưới hướng dẫn doppler (DG-HAL-Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation) trong điều trị bệnh nhân trĩ nội độ II, III, bằng cách thắt nhánh của động mạch trực tràng trên, làm giảm lưu lượng máu tới búi trĩ, cho kết quả kiểm soát chảy máu tới 90%.² Dựa trên nguyên lý này, kỹ thuật can thiệp nội mạch - “Kỹ thuật nút mạch trĩ- Emborrhoid technique”, đã được phát triển với ưu điểm là thấy rõ các nhánh mạch và vòng nối của động mạch trực tràng trên khi chụp mạch DSA, thuận lợi cho quá trình gây tắc mạch, làm giảm lưu lượng máu tới búi trĩ, đồng thời bảo tồn được cấu trúc giải phẫu ống hậu môn, giảm đau trong và sau can thiệp, từ đó rút ngắn thời gian nằm viện của bệnh nhân.³

Ở Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về phương pháp nút mạch trĩ, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả bước đầu của phương pháp này trong điều trị bệnh trĩ.

Tác giả liên hệ: Trịnh Đình Hiệp

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: thienbinh2198@gmail.com

Ngày nhận: 03/09/2025

Ngày được chấp nhận: 23/09/2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Các bệnh nhân được chẩn đoán trĩ nội và được nút mạch trĩ tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06/2022 đến tháng 5/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân trĩ độ II, III không đáp ứng với điều trị nội khoa, có chảy máu hoặc không, và trĩ độ I có chảy máu.

- Bệnh nhân không đủ điều kiện hoặc không muốn phẫu thuật

Tiêu chuẩn loại trừ: trĩ do nguyên nhân khác như xơ gan..., rối loạn đông máu (INR > 1,5, số lượng tiểu cầu < 50 G/L), có tổn thương viêm hay ác tính vùng hậu môn - trực tràng, bệnh nhân không đi tái khám hoặc mất liên lạc.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, kết hợp hồi cứu và tiền cứu, so sánh trước và sau can thiệp.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Biến số nghiên cứu

- Biến số dịch tễ: tuổi, giới
- Biến số cận lâm sàng: mức độ thiếu máu, dựa theo kết quả xét nghiệm Hb, nặng: Hb < 60 g/l, vừa: $60 \leq \text{Hb} \leq 90$ g/l, nhẹ Hb > 90 g/l.

- Biến số lâm sàng:

+ Mức độ sa búi trĩ: đánh giá theo phân loại Goligher.

+ Mức độ chảy máu: đánh giá theo thang điểm chảy máu Pháp - FBS.

+ Chất lượng cuộc sống: đánh giá theo thang điểm QoL, 0-4 điểm.

+ Tiền sử điều trị.

+ Biến chứng sau can thiệp.

Biến số liên quan can thiệp

+ Vật liệu nút mạch: vòng xoắn kim loại (coil), hạt vi cầu, hỗn dịch keo sinh học Histoacryl và Lipiodol.

+ Động mạch được nút mạch

+ Phân loại động mạch trên chụp mạch theo Thompson, gồm 5 type.

Kỹ thuật thực hiện:

Đánh giá trước can thiệp: Bệnh nhân được đánh giá triệu chứng trước can thiệp, bao gồm mức độ sa búi trĩ (theo phân độ Goligher), tình trạng chảy máu (theo thang điểm chảy máu Pháp-FBS) và mức độ thiếu máu kèm theo (thiếu máu nhẹ, vừa, nặng), chất lượng cuộc sống (theo thang điểm chất lượng cuộc sống-QoL (0-4 điểm)).^{4,5} Nội soi đại tràng để loại trừ chảy máu do nguyên nhân khác và đánh giá tình trạng hậu môn, trực tràng.

Phương tiện can thiệp:

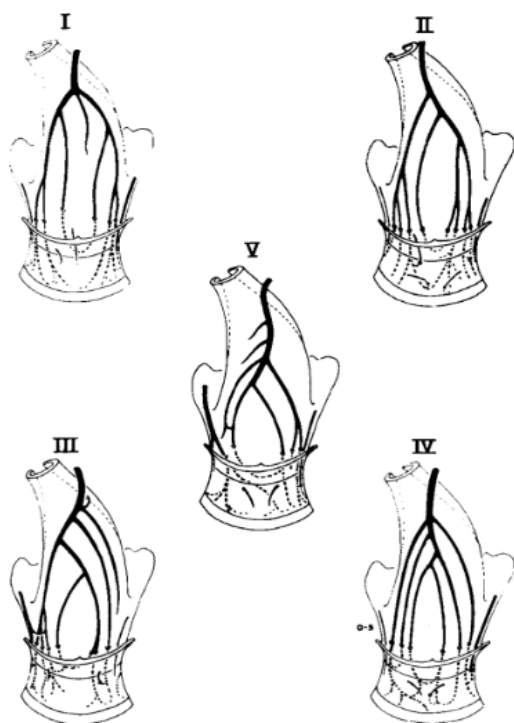
Hệ thống chụp mạch DSA Philips.

Bộ dụng cụ can thiệp: Sheath 5-6Fr, Guide wire 0,035"; Catheter: Cobra 4-5Fr, Yashiro 5Fr, Progreat 2.7Fr.

Vật liệu tắc mạch: hỗn dịch keo Histoacryl/Lipiodol, hạt vi cầu, vòng xoắn kim loại (coil).

Kỹ thuật can thiệp

Bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, có thể tiếp cận qua đường động mạch đùi hoặc động mạch quay. Dùng ống thông Cobra/Yashiro 4-5Fr tiếp cận đến nhánh động mạch mạc treo tràng dưới, chụp mạch đánh giá giải phẫu động mạch trực tràng trên, phân loại các type theo Thompson.⁶



Hình 1. Phân loại các type của động mạch trực tràng trên (nhìn từ sau) theo Thomson⁶

- Type I: Thân chính phân chia thành 4 nhánh sau-phải, sau-trái, bên-phải và bên-trái.

- Type II: thân chính lệch về bên phải, phân nhánh sang bên trái.

- Type III: thân chính đi qua bên trái, phân các nhánh sang bên phải và MRA cấp máu một phần đám rối trĩ.

- Loại IV: thân chính phân nhánh cung cấp cho cả hai bên của ống hậu môn, trong đó có một phần nhỏ của động mạch trực tràng giữa (MRA) cấp cho đám rối trĩ.

- Loại V: thân chính chia nhánh cho cả hai bên trực tràng nhưng không có nhánh đến ống hậu môn, MRA cấp máu chính cho đám rối trĩ.

Tiếp cận và chụp chọn lọc các nhánh của động mạch trực tràng trên. Nhánh động mạch cấp máu cho búi trĩ thường có đặc điểm là giãn, ngoằn ngoèo, có đám tăng sinh mạch ở thành hậu môn hoặc trực tràng thấp tương ứng, hoặc

có thể thấy hình ảnh thoát thuốc cản quang khi chụp.⁷ Nếu có hiện hình nhánh cấp máu từ động mạch trực tràng giữa, sẽ chụp và tiếp cận chọn lọc nhánh cấp máu cho búi trĩ của động mạch trực tràng tương ứng. Đặc điểm hình ảnh nhánh mạch nghi ngờ tương tự như nhánh của động mạch trực tràng trên.

Tiến hành nút mạch: sử dụng vật liệu nút mạch là coil, hạt vi cầu hoặc hỗn dịch keo Histoacryl/lipiodol tùy từng trường hợp cụ thể. Chưa có hướng dẫn cụ thể về lựa chọn vật liệu nút mạch, tuy nhiên, ưu tiên sử dụng coil do nguy cơ thiếu máu trực tràng thấp, song giá thành cao. Khi lựa chọn hạt vi cầu, ưu tiên hạt kích thước lớn $\geq 900\mu\text{m}$.

Chụp kiểm tra lại đánh giá.

Theo dõi sau can thiệp

Ngay sau can thiệp: Theo dõi tình trạng đau vùng hậu môn, chảy máu, tình trạng vị trí chọc mạch đùi, mạch, nhiệt độ, huyết áp. Nội soi hậu môn trực tràng đánh giá khi tình trạng chảy máu không cải thiện, có thể kết hợp thắt vòng cao su cầm máu nếu cần thiết.

Theo dõi sau 3 tháng: Bệnh nhân được đánh giá lâm sàng thông qua đánh giá mức độ sa búi trĩ (theo phân độ Goligher), mức độ chảy máu (theo thang điểm FBS), chất lượng cuộc sống (theo QoL) và các triệu chứng cơ năng khác, so sánh với trước can thiệp. Có thể nội soi hậu môn trực tràng đánh giá búi trĩ và niêm mạc hậu môn - trực tràng nếu có bất thường như đau, mót rặn, táo bón...

Thu thập và xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập qua hỏi bệnh, khai thác hồ sơ bệnh án. Đánh giá búi trĩ, niêm mạc hậu môn, trực tràng, đại tràng qua máy nội soi. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27 theo phương pháp thống kê y học.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh nhân và gia đình. Nghiên cứu được hội đồng thông

qua đề cương nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 452/QĐ-ĐHYHN, Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên

13 bệnh nhân, trong đó có 9 nam và 4 nữ, độ tuổi trung bình là $54,9 \pm 15,7$ tuổi. Tất cả 13 bệnh nhân chúng tôi lựa chọn đều được chẩn đoán trĩ với các triệu chứng gồm sa búi trĩ, chảy máu búi trĩ, sau khi đã loại trừ các tổn thương khác ở vùng hậu môn hay nội soi đại tràng loại trừ chảy máu do nguyên nhân khác như polyp, u...

Bảng 1. Triệu chứng, tiền sử điều trị bệnh nhân trước can thiệp

Bệnh nhân	Đánh giá chảy máu theo FBS	Phân độ búi trĩ (theo Goligher)	Thiếu máu		Chất lượng cuộc sống (QoL)	Tiền sử điều trị
			Hb (g/l)	Mức độ		
1	7	III	63	Vừa	4	Nội khoa
2	5	III	114	Bình thường	3	Nội khoa
3	0	III	144	Bình thường	2	Nội khoa
4	5	I	128	Bình thường	3	Nội khoa
5	0	II	157	Bình thường	2	Nội khoa
6	0	II	118	Bình thường	2	Nội khoa
7	0	II	128	Bình thường	2	Nội khoa
8	3	III	130	Bình thường	3	Nội khoa
9	0	II	168	Bình thường	2	Nội khoa, phẫu thuật cắt trĩ 01 lần
10	3	II	131	Bình thường	2	Nội khoa
11	5	III	137	Bình thường	4	Nội khoa
12	5	II	146	Bình thường	3	Nội khoa
13	5	III	145	Bình thường	3	Nội khoa

Có 12/13 bệnh nhân vào viện với triệu chứng sa búi trĩ, 8/13 bệnh nhân có chảy máu, trong đó có 01 bệnh nhân vào viện với triệu chứng chính là chảy máu. Có 01 bệnh nhân đã phẫu thuật cắt búi trĩ trước đó 5 năm, nay tái phát. Có 01 bệnh nhân có thiếu máu chưa rõ nguyên nhân, tình trạng chảy máu do búi trĩ khiến mức độ thiếu máu thêm nặng hơn. Trong các bệnh

nhân có chảy máu, mức độ chảy máu theo FBS cao nhất là 7 điểm, thấp nhất là 3 điểm, trung bình là $6,25 \pm 0,95$. Có 01 bệnh nhân có thiếu máu mức độ vừa, tuy nhiên đã có tình trạng thiếu máu chưa rõ nguyên nhân trước đó, chảy máu trĩ làm nặng thêm mức độ thiếu máu. Các bệnh nhân còn lại không thiếu máu. Tất cả các bệnh nhân đều bị ảnh hưởng tới chất lượng

cuộc sống với điểm QoL trung bình là $3 \pm 0,58$, trong đó có 02 bệnh nhân rất khó chịu với tình trạng bệnh trĩ (4 điểm).

2. Đặc điểm trong và ngay sau can thiệp

Sau can thiệp, 02 bệnh nhân (bệnh nhân số 2, 5) mót rặn, đi ngoài ra nhầy hồng sau can thiệp, 01 bệnh nhân (bệnh nhân số 3) bị táo bón nhẹ sau can thiệp, 01 bệnh nhân (bệnh nhân số 8) đau vùng chọc mạch đùi. Các triệu chứng 3/5 bệnh nhân trên hết trong

khoảng 1 - 3 tuần sau can thiệp, song có bệnh nhân số 2, 5 tình trạng mót rặn, đi ngoài nhầy hồng kéo dài sau đó, được theo dõi, điều trị nội khoa và nội soi trực tràng sau 01 tháng, cho thấy tình trạng viêm loét đoạn thấp trực tràng, cả hai bệnh nhân được hướng dẫn điều trị nội khoa tích cực. Bệnh nhân số 12 sau nút mạch còn chảy máu, bệnh nhân đã được nội soi thắt búi trĩ cầm máu, sau đó tình trạng chảy máu đã hết.

Bảng 2. Vật liệu nút mạch và nhánh động mạch can thiệp

Bệnh nhân	Vật liệu nút mạch			Động mạch can thiệp	Phân loại type theo Thompson
	Coil	Hạt vi cầu (μm)	Histoacryl/ Lipiodol		
1	Lần 1	Có	Không	Có	IV
	Lần 2	Không	700	Có	
2	Có	500	Không	ĐM trực tràng trên	III
3	Có	500, 700	Có	ĐM trực tràng trên	I
4	Không	700	Không	ĐM trực tràng trên	I
5	Không	700, 900	Không	ĐM trực tràng trên	I
6	Có	Không	Không	ĐM trực tràng trên	II
7	Có	Không	Không	ĐM trực tràng trên	II
8	Có	Không	Không	ĐM trực tràng trên	I
9	Có	Không	Không	ĐM trực tràng trên, ĐM trực tràng giữa	IV
10	Có	Không	Không	ĐM trực tràng trên	I
11	Có	Không	Không	ĐM trực tràng trên	I
12	Có	700	Không	ĐM trực tràng trên	III
13	Có	Không	Không	ĐM trực tràng trên	I

Có 11/13 bệnh nhân được sử dụng coil để nút mạch, phần lớn là dùng coil đơn thuần. Ba loại hạt được sử dụng là 500 μm , 700 μm và 900 μm . Có 02 bệnh nhân có kết hợp dùng keo sinh học. Tất cả bệnh nhân đều được tiếp cận chọn lọc và nút tắc các nhánh của động mạch

trực tràng trên. 02 trường hợp có nút tắc cả nhánh của động mạch trực tràng giữa, trong đó có 01 ca được nút mạch ở lần 2.

3. Theo dõi sau điều trị

Bệnh nhân số 2 sau điều trị nội khoa, nội soi thấy có tình trạng hẹp đoạn thấp trực tràng,

bệnh nhân phải rặn nhiều hơn khi bị táo bón, song đã đại tiện gần như bình thường khi điều chỉnh chế độ ăn. Bệnh nhân số 5 có tình trạng

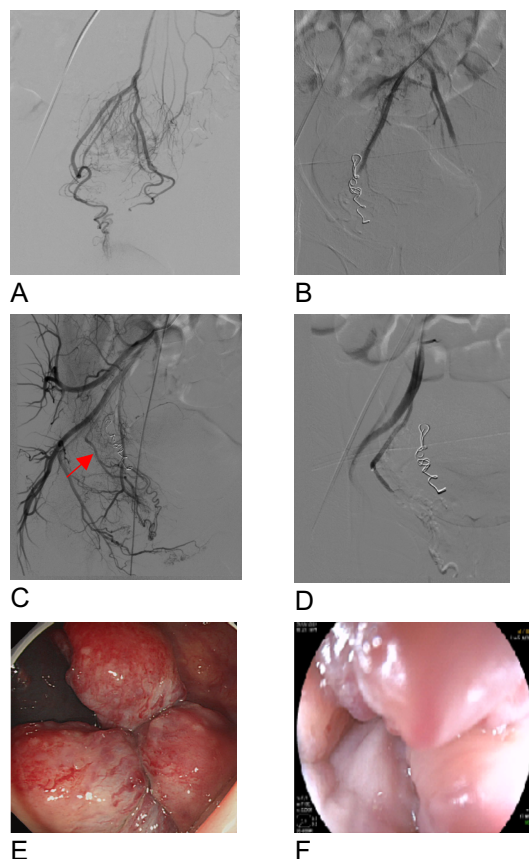
mót rặn, đi ngoài phân nhầy hồng kéo dài tới 5 tháng sau can thiệp, sau điều trị nội khoa tích cực, đại tiện trở lại bình thường.

Bảng 3. Triệu chứng sau 3 tháng can thiệp

Bệnh nhân	Đánh giá chảy máu theo FBS	Phân độ búi trĩ (theo Goligher)	Chất lượng cuộc sống (QoL)
1	0	II	1
2	3	III	2
3	0	II	2
4	0	I	0
5	0	II	2
6	0	I	0
7	0	I	0
8	0	III	2
9	0	I	0
10	0	I	0
11	0	I	0
12	0 (sau thắt vòng cao su)	I	0
13	0	I	0

Có 7/8 bệnh nhân không còn chảy máu khi đại tiện, trong đó có 01 bệnh nhân đã can thiệp nội soi thắt vòng cao su cầm máu sau đó. 01 bệnh nhân còn chảy máu nhưng mức độ đã giảm, điểm FBS là 3 điểm. Có 09 bệnh nhân giảm mức độ sa búi trĩ; 03 bệnh nhân không giảm độ trĩ, tuy nhiên không còn chảy máu khi

đại tiện; 01 bệnh nhân (bệnh nhân số 4) vào viện vì tình trạng chảy máu khi đại tiện, trĩ độ I, sau kiểm tra lại tình trạng chảy máu đã hết. Chất lượng cuộc sống cải thiện ở phần lớn bệnh nhân với điểm QoL trung bình là $0,77 \pm 0,3$. Bệnh nhân số 5 chất lượng cuộc sống không cải thiện.



Hình 2. Bệnh nhân Nguyễn Tiến K. (bệnh nhân số 1), nam, 30 tuổi, sa trĩ độ III, chảy máu nhiều gây nặng thêm tình trạng thiếu máu đã có trước đó, FBS 7 điểm.

Bệnh nhân được nút mạch 2 lần

Lần 1:

Hình (A): Động mạch trực tràng trên phân nhánh type I, trong đó có nhánh bên phải tăng sinh cấp máu nhiều hơn cho búi trĩ, không thấy điểm thoát thuốc. Hình (B): Nút tắc chọn lọc các nhánh động mạch trực tràng trên hai bên bằng 01 coil và hỗn dịch Histoacryl/Lipiodol tỷ lệ 1/3.

Lần 2:

Động mạch trực tràng giữa. Hình (C): Mũi tên chỉ động mạch trực tràng giữa phải. Hình (D): Nút tắc động mạch trực tràng giữa bằng hạt vi cầu 700 μ m và hỗn dịch Histoacryl/Lipiodol tỷ lệ 1/3.

Hình (E): Búi trĩ chảy máu trước can thiệp. Hình (F): Búi trĩ sau nút mạch 3 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu 13 bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi từ 30 - 75 tuổi, tuổi trung bình là $54,9 \pm 15,7$ tuổi, nằm trong nhóm tuổi thường gặp của bệnh trĩ. Có 9 bệnh nhân là nam giới, 4 bệnh nhân là nữ giới, điều này phù hợp với các nghiên cứu nước ngoài khác, với tỷ lệ mắc bệnh của nam giới gấp đôi nữ giới.⁸ Các bệnh nhân tới khám chủ yếu do tình trạng sa búi trĩ và chảy máu khi đại tiện gây ảnh hưởng tới sinh hoạt và công việc. Có 01 bệnh nhân tiền sử phẫu thuật cắt trĩ khoảng 5 năm trước, gần đây búi trĩ khác tái phát gây khó chịu cho bệnh nhân. Các bệnh nhân đều được điều trị nội khoa trước đó nhưng triệu chứng không cải thiện nhiều gây ảnh hưởng tới sinh hoạt. Có 01 bệnh nhân bị thiếu máu mức độ vừa, song tình trạng thiếu máu đã có từ trước đó, nguyên

nhân chưa được biết rõ, tình trạng chảy máu búi trĩ khiến mức độ thiếu máu nặng hơn.

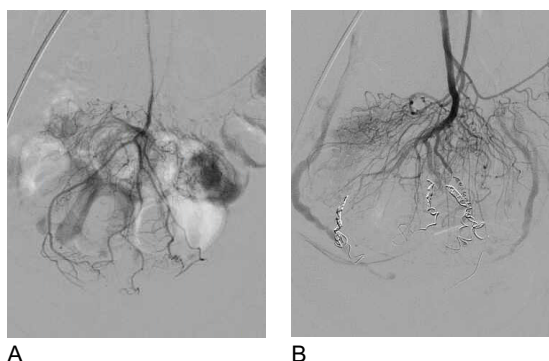
Trong 13 bệnh nhân, có 06 bệnh nhân trĩ nội độ III (46%), 06 bệnh nhân trĩ nội độ II (46%), 01 bệnh nhân trĩ nội độ I (8%) (theo phân độ Goligher), tỷ lệ này khác với nghiên cứu của De Oliveria và cộng sự, với 70% độ II, 30% độ III.⁹ Mức độ chảy máu được đánh giá theo thang điểm chảy máu Pháp (FBS), trong đó cao nhất là 7 điểm, trung bình là $6,25 \pm 0,95$ điểm. Tình trạng sa búi trĩ và chảy máu khi đại tiện khiến ảnh hưởng tới cuộc sống của bệnh nhân, được đánh giá qua thang điểm chất lượng cuộc sống (QoL), với điểm trung bình là $3 \pm 0,58$, trong đó có 2 bệnh nhân ở mức rất khó chịu (4 điểm). Điểm trung bình FBS và QoL trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Balga

với điểm FBS và QoL trung bình lần lượt là 4,4 và 2,2.¹⁰

Các bệnh nhân của chúng tôi đều được tiếp cận qua đường chọc mạch đùi, được gây tê giảm đau tại vị trí chọc mạch, không có tai biến nào xảy ra trong qua trình can thiệp.

Về phân loại type nhánh của động mạch trực tràng trên cấp máu cho búi trĩ, chúng tôi thấy có 7/13 type I (53,8%), 2/13 type II (15,4%), 2/13 type III (15,4%) và 2/13 type IV (15,4%), tỷ lệ này có phần tương đồng với nghiên cứu của Thompson năm 1975 khi chủ yếu gặp type I (46%), 56% gặp các biến thể còn lại.⁶

Hình 3. Bệnh nhân Hoàng Thị T., nữ,



36 tuổi, có sa trĩ độ III (theo Goligher), chảy máu khi đại tiện, sa búi trĩ khi ngồi xổm

(A) Động mạch trực tràng trên tầng sinh cấp máu cho búi trĩ (type I theo Thompson).

(B) Nút tắc các nhánh động mạch trực tràng trên bằng coil.

Bệnh nhân hiện tại không còn chảy máu khi đại tiện, mức độ sa búi trĩ cải thiện, không còn bị sa khi ngồi xổm.

Chưa có khuyến cáo chính thức về lựa chọn vật liệu nào tối ưu trong nút mạch trĩ. Phần lớn các bệnh nhân của chúng tôi đều sử dụng coil đơn thuần, triệu chứng sau can thiệp cải thiện, không có biến chứng nào được ghi nhận, việc kiểm soát coil dễ dàng hơn so với hạt vi cầu

hay keo sinh học, tuy nhiên giá thành của coil cao hơn đáng kể, do đó cần phải cân nhắc khi lựa chọn vật liệu can thiệp. Thành công về mặt kỹ thuật đều đạt được ở phần lớn bệnh nhân. Trường hợp chưa thành công gặp ở bệnh nhân số 12, sau can thiệp tình trạng chảy máu giảm nhưng không hết, đã được kết hợp nội soi thắt búi trĩ bằng vòng cao su cầm máu, sau đó tình trạng chảy máu đã hết, nguyên nhân không cầm máu hoàn toàn có thể do có nhánh cấp máu từ động mạch trực tràng giữa không thấy hiện hình rõ ràng khi chụp mạch.

Trong quá trình theo dõi, tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được đánh giá lại triệu chứng lâm sàng về mức độ sa búi trĩ, tình trạng chảy máu, các bất thường về đại tiện thông qua hỏi triệu chứng cơ năng, những bệnh nhân nào có bất thường đều được nội soi đánh giá tình trạng hậu môn, trực tràng. Có 9/13 (69,2%) bệnh nhân giảm độ trĩ sau can thiệp trên 3 tháng, trong đó có 2 bệnh nhân trĩ độ III trước can thiệp, 3 tháng sau can thiệp không còn thấy búi trĩ sa khi đại tiện. Cơ chế gây giảm mức độ sa búi trĩ do sự giảm sung huyết búi trĩ do giảm lưu lượng máu từ động mạch trực tràng.¹¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân trĩ độ II, III, là những bệnh nhân mức độ đàn hồi của mô trĩ vẫn còn, có thể co hồi trở lại khi không có tình trạng sung huyết trong búi trĩ. Sau 6 tháng theo dõi, bệnh nhân số 1 xuất hiện chảy máu tái phát và được tiến hành can thiệp nút mạch lần 2 nút tắc nhánh của động mạch trực tràng giữa hai bên, điều này được giải thích do lần đầu nút mạch chưa đánh giá và kiểm soát nhánh cấp máu từ động mạch trực tràng giữa.

Chưa có tiêu chuẩn thống nhất thành công lâm sàng của phương pháp nút mạch trĩ. Theo nghiên cứu của Moussa và cộng sự, tiêu chuẩn thành công về lâm sàng là cải thiện ít nhất 2 điểm theo thang điểm chảy máu pháp (FBS) và không có biến chứng.⁸ Trong nghiên cứu của

chúng tôi, có 6/8 bệnh nhân không còn hoặc giảm điểm chảy máu FBS ≥ 2 điểm. Như vậy, tỷ lệ thành công về lâm sàng với nhóm bệnh nhân có chảy máu trong nghiên cứu của chúng tôi là 75%.

Chất lượng cuộc sống đều được cải thiện ở phần lớn bệnh nhân trĩ sau nút mạch với điểm chất lượng cuộc sống (QoL) trước nút mạch là $3 \pm 0,58$ điểm và sau nút mạch là $0,77 \pm 0,3$ điểm. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Bagla và cộng sự, với điểm QoL trung bình trước can thiệp là 2,2, sau can thiệp là 0,8.¹⁰

Các biến chứng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi gặp phải sau can thiệp bao gồm mót rặn, đi ngoài nhầy hồng, táo bón, đau vị trí chọc mạch đùi, phần lớn ổn định sau khoảng 1 - 3 tuần. Có 02 bệnh nhân sau can thiệp có biến chứng thiếu máu cục bộ gây viêm loét trực tràng, trong đó 01 bệnh nhân sau điều trị nội khoa, tình trạng này đã hết hoàn toàn, còn 01 bệnh nhân còn lại sau điều trị tích cực, tình trạng viêm loét gây nên hẹp đoạn thấp trực tràng, gây đại tiện khó khăn hơn khi phân rắn, may mắn là việc thay đổi chế độ ăn nhiều chất xơ đã giúp cải thiện tình trạng này. Cả 2 bệnh nhân này đều có dùng hạt để nút mạch, một bệnh nhân dùng hạt 500 μm kết hợp coil, bệnh nhân còn lại dùng đơn thuần hạt 700 μm và 900 μm . Nguyên nhân của biến chứng này có thể do khó khăn trong kiểm soát luồng trào ngược của hạt khi bơm hoặc do có nhánh động mạch nối thông trực tràng trên-Sigma.¹² Để giảm nguy cơ gây biến chứng thiếu máu cục bộ, cần tiếp cận siêu chọn lọc nhánh xa của động mạch trực tràng trên hoặc động mạch trực tràng giữa cấp máu cho búi trĩ. Khi lựa chọn nút mạch bằng hạt vi cầu, nên lựa chọn hạt vi cầu kích thước $\geq 900\mu\text{m}$, đồng thời, cần kiểm soát dòng trào ngược khi bơm để tránh nút tắc nhánh mạch không phải mục tiêu, giảm nguy cơ gây biến chứng thiếu máu cục bộ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không

ghi nhận biến chứng nào đối với nhóm bệnh nhân nút mạch bằng coil đơn thuần, qua đó cho thấy coil là vật liệu an toàn, hiệu quả, mặc dù giá thành khá cao.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Phương pháp nút mạch trĩ còn khá mới, giá thành coil cao nên chưa có nhiều bệnh nhân đồng ý tham gia can thiệp. Thời gian theo dõi còn ngắn nên chưa đủ để đánh giá tỷ lệ tái phát sau can thiệp, do đó cần phải có những nghiên cứu lâu dài hơn để đánh giá toàn diện hơn về phương pháp này.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp nút mạch trĩ bước đầu cho thấy hiệu quả trong giảm triệu chứng chảy máu và mức độ sa búi trĩ, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân trĩ độ II, III, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tiến hành thêm các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên, quy mô lớn và thời gian theo dõi dài hạn hơn để đánh giá tỷ lệ tái phát sau can thiệp, và so sánh nút mạch với các phương pháp điều trị bệnh trĩ khác. Cần chuẩn hóa về vật liệu nút mạch, cũng như quy trình theo dõi sau can thiệp để đảm bảo tính đồng nhất trong thực hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hùng NX, Ánh NN. Tình hình bệnh trĩ trong cộng đồng và một số yếu tố liên quan. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2023; 529(1B). doi:10.51298/vmj.v529i1B.6422.
2. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. *Am J Gastroenterol*. 1995;90(4). Accessed July 26, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7717320/>.

3. Vidal V, Louis G, Bartoli JM, Sielezneff I. Embolization of the hemorrhoidal arteries (the emborrhoid technique): A new concept and challenge for interventional radiology. *Diagn Interv Imaging*. 2014; 95(3): 307-315. doi:10.1016/j.diii.2014.01.016.
4. Buso Gil S, Ferrer Puchol MD, Solaz Solaz J, Esteban Hernández E. Prevalent Technique and Results of Hemorrhoidal Embolization. *J Clin Med*. 2022; 11(22): 6631. doi:10.3390/jcm11226631.
5. Stecca T, Farneti F, Balestrierio G, et al. Superior Rectal Artery Embolization for Symptomatic Grades 2 and 3 Hemorrhoidal Disease: 6-Month Follow-up among 43 Patients. *J Vasc Interv Radiol*. 2021; 32(9): 1348-1357. doi:10.1016/j.jvir.2021.06.005.
6. Thomson WHF. The nature of haemorrhoids. *BJS Br J Surg*. 1975; 62(7): 542-552. doi:10.1002/bjs.1800620710.
7. Panneau J, Mege D, Di Bisceglie M, et al. Rectal Artery Embolization for Hemorrhoidal Disease: Anatomy, Evaluation, and Treatment Techniques. *RadioGraphics*. 2022; 42(6): 1829-1844. doi:10.1148/rg.220014.
8. Moussa N, Sielezneff I, Sapoval M, et al. Embolization of the superior rectal arteries for chronic bleeding due to haemorrhoidal disease. *Colorectal Dis*. 2017; 19(2): 194-199. doi:10.1111/codi.13430.
9. de Oliveira DS, Hora JAB, de Assis AM, Moreira AM, Nahas SC, Carnevale FC. Embolization of Rectal Arteries for Treating Hemorrhoidal Disease Using a Combination of Microspheres and Microcoils: A Pilot Study. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2025; 48(3): 388-394. doi:10.1007/s00270-024-03942-3.
10. Bagla S, Pavidapha A, Lerner J, et al. Outcomes of Hemorrhoidal Artery Embolization from a Multidisciplinary Outpatient Interventional Center. *J Vasc Interv Radiol JVIR*. 2023; 34(5): 745-749. doi:10.1016/j.jvir.2023.01.023.
11. Tradi F, Louis G, Giorgi R, et al. Embolization of the Superior Rectal Arteries for Hemorrhoidal Disease: Prospective Results in 25 Patients. *J Vasc Interv Radiol*. 2018; 29(6): 884-892.e1. doi:10.1016/j.jvir.2018.01.778.
12. Lupattelli T. Regarding "Annoyed with Hemorrhoids? Risks of the Emborrhoid Technique." *Dig Dis Sci*. 2022; 67(4): 1423-1425. doi:10.1007/s10620-021-07374-8.

Summary

PRELIMINARY OUTCOMES OF HEMORRHOIDAL ARTERY EMBOLIZATION IN THE TREATMENT OF HEMORRHOIDAL DISEASE

The study aims to describe the technique and evaluate the preliminary outcomes of hemorrhoid treatment using embolization, through a prospective, descriptive study with pre- and post-intervention comparisons. Results were analyzed based on the degree of hemorrhoidal prolapse (Goligher classification), bleeding severity (French Bleeding Score - FBS), and quality of life (QoL scale, 0-4). After 3 months, 10/13 patients exhibited reduced hemorrhoid grade (predominantly to grade I), 6/8 patients ceased bleeding, and quality of life improved significantly, with QoL scores decreasing from 3 ± 0.58 to 0.77 ± 0.3 . One case required re-embolization due to recurrent bleeding, while another one involved adjunctive endoscopic rubber band ligation. Minor complications, including tenesmus, constipation, and pain at the femoral puncture site, typically resolved within 1 - 3 weeks; two cases of rectal ulceration secondary to ischemia were stabilized following medical management. Preliminary hemorrhoidal artery embolization demonstrates efficacy in symptom reduction and enhancement of quality of life in patients with hemorrhoids.

Keywords: Hemorrhoidal artery embolization, emborrhoid technique, treatment of hemorrhoids by embolization.