

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU NÚT MẠCH U XƠ TỬ CUNG QUA ĐƯỜNG ĐỘNG MẠCH QUAY KẾT HỢP GIẢM ĐAU ĐA MÔ THỨC

Nguyễn Ngọc Cương^{1,2,✉}, Nguyễn Thành Khiêm^{1,2}, Nguyễn Thị Bích Vân^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu cắt ngang trên 37 bệnh nhân nút mạch u xơ tử cung qua đường động mạch quay tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy phương pháp này an toàn và hiệu quả. Bệnh nhân có tuổi trung bình 39,9 ± 6,0 tuổi, kích thước khối u trung bình là 6,3 ± 1,7cm. 100% các ca can thiệp đều thành công, không ghi nhận tai biến. Thời gian can thiệp trung bình là 37,4 phút, liều chiếu tia ở mức an toàn. Đau trong và sau can thiệp được kiểm soát tốt nhờ kết hợp phong bế thần kinh và PCA, với cường độ đau giảm rõ sau 48 giờ. Biến chứng sau can thiệp nhẹ, chủ yếu là sốt và ra máu nhẹ. Kết quả cho thấy đường vào qua động mạch quay là lựa chọn phù hợp, kết hợp giảm đau hiệu quả giúp nâng cao chất lượng điều trị.

Từ khoá: Nút mạch u xơ tử cung, động mạch quay, giảm đau.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung (UXTC) là bệnh lý phụ khoa lành tính phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, với tỷ lệ mắc dao động từ 20% đến 70% tùy theo đối tượng nghiên cứu và phương pháp chẩn đoán.¹ Nút động mạch tử cung (Uterine Artery Embolization – UAE) là một phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu đã được chứng minh hiệu quả trong việc giảm triệu chứng và bảo tồn tử cung. Một trong những ứng dụng đầu tiên của UAE được thực hiện vào năm 1976 trên hai bệnh nhân bị rong kinh kéo dài và không đủ điều kiện phẫu thuật. Đến năm 1995, Ravina và cộng sự đã công bố kết quả thành công của UAE trong 16 trường hợp UXTC. Từ đó đến nay, nhiều nghiên cứu quy mô lớn đã khẳng định hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này.²

Hiệu quả ban đầu của UAE phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó quan trọng là đường vào can thiệp và chiến lược kiểm soát đau sau thủ thuật. Truyền thống, UAE được thực hiện qua đường động mạch đùi, nhưng phương pháp này có hạn chế do yêu cầu bệnh nhân phải nằm bất động kéo dài sau can thiệp, gây khó chịu, đặc biệt ở bệnh nhân béo phì hoặc có bệnh lý mạch máu. Trong khi đó, đường vào động mạch quay mang lại nhiều lợi ích: giảm nguy cơ biến chứng tại vị trí chọc mạch, cho phép bệnh nhân đứng dậy đi lại ngay sau can thiệp, và cải thiện trải nghiệm điều trị.³ Tuy nhiên, ứng dụng đường động mạch quay trong UAE điều trị UXTC vẫn còn hạn chế tại nhiều cơ sở.

Bên cạnh đó, kiểm soát đau sau UAE là một thách thức quan trọng. Đau sau thủ thuật chủ yếu do hoại tử khối u và đáp ứng viêm, thường đạt đỉnh trong 24 giờ đầu. Các phương pháp giảm đau truyền thống như sử dụng opioid đường tĩnh mạch có thể gây nhiều tác dụng phụ như buồn nôn, nôn và táo bón. Do đó, việc kết hợp các chiến lược giảm đau tiên tiến như

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Cương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: cuongcdha@gmail.com

Ngày nhận: 06/10/2025

Ngày được chấp nhận: 17/12/2025

phong bế thần kinh cơ vuông thất lưng cùng với giảm đau có kiểm soát (Patient-Controlled Analgesia – PCA) đã được chứng minh giúp kiểm soát đau tốt hơn, giảm nhu cầu sử dụng opioid, và nâng cao chất lượng điều trị.^{4,5}

Việc kết hợp sử dụng đường vào động mạch quay với các biện pháp giảm đau đa mô thức không chỉ giúp bệnh nhân sớm vận động, tự sinh hoạt mà còn góp phần rút ngắn thời gian nằm viện, cải thiện kết quả lâm sàng và nâng cao chất lượng chăm sóc. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả kỹ thuật ban đầu của nút mạch u xơ tử cung qua đường động mạch quay kết hợp giảm đau đa mô thức tại cơ sở thực hành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân 18 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân được chẩn đoán u xơ tử cung có triệu chứng: rong kinh, cường kinh (gây thiếu máu trên xét nghiệm), đau vùng chậu, chèn ép tạng trong tiểu khung gây tiểu nhiều lần hoặc táo bón.

- Mong muốn bảo tồn tử cung, không đồng ý phẫu thuật cắt tử cung.

- Không có chống chỉ định với giảm đau bằng phong bế thần kinh cơ vuông thất lưng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có chống chỉ định can thiệp qua đường động mạch quay: hẹp động mạch quay, dị dạng động mạch, không đủ tuần hoàn bàng hệ (nghiệm pháp Allen âm tính).

- Đang mang thai hoặc có kế hoạch mang thai trong tương lai gần.

- Dị ứng với thuốc tê, thuốc cản quang.

- Không hợp tác trong nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thực hiện tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 07/2024 đến tháng 03/2025.

Cỡ mẫu: cỡ mẫu thuận tiện.

Nghiệm pháp Allen được thực hiện trước can thiệp để đánh giá tuần hoàn bàng hệ động mạch trụ. Bệnh nhân nắm chặt tay trong 30 giây, sau đó bác sĩ ép cả hai động mạch quay và trụ. Khi thả tay khỏi động mạch trụ, nếu bàn tay hồng trở lại trong vòng 5 – 10 giây, tuần hoàn đảm bảo và có thể sử dụng đường vào động mạch quay. Nếu bàn tay vẫn nhợt nhạt, bệnh nhân không đủ điều kiện can thiệp qua đường động mạch quay.

Kỹ thuật nút động mạch tử cung qua đường động mạch quay

Chọc động mạch quay đặt đường vào dưới hướng dẫn siêu âm bằng hệ thống 4Fr. Tiến hành chụp chọn lọc động mạch tử cung hai bên bằng ống thông chụp mạch. Luồn siêu chọn lọc vi ống thông vào động mạch cấp máu khối u xơ.

Vật liệu nút mạch là keo sinh học N-butyl cyanoacrylate (NBCA) pha loãng với Lipiodol theo tỷ lệ 1:8 nhằm gây tắc sâu vào các nhánh mạch nhỏ nuôi u. Sau khi nút mạch, kiểm tra lại tưới máu động mạch tử cung hai bên. Sheath động mạch quay được rút ngay sau can thiệp, bệnh nhân được băng ép nhẹ và có thể đứng dậy đi lại ngay sau can thiệp.

Kỹ thuật giảm đau bằng phong bế cơ vuông thất lưng (QLB - Quadratus Lumborum Block)

Kỹ thuật được thực hiện trước can thiệp 30 phút dưới hướng dẫn siêu âm bởi bác sĩ gây mê. Kim tiêm được đưa vào bao cơ vuông thất lưng, lần lượt từng bên, bơm thuốc tê cục bộ (bupivacaine 10ml mỗi bên) nhằm chặn dẫn truyền thần kinh từ tủy sống đến vùng bụng dưới, giúp kiểm soát đau hiệu quả trong 24 giờ đầu sau nút mạch.

Ngay sau can thiệp, bệnh nhân được sử dụng bơm tiêm điện kiểm soát đau (PCA -

Patient-Controlled Analgesia) với opioid liều thấp để giảm đau khi cần thiết, hạn chế tối đa tác dụng phụ so với truyền opioid liên tục.

Đánh giá kết quả, các chỉ số và biến số nghiên cứu

Thông tin chung: Tuổi, số lần mang thai, tiền sử bệnh lý phụ khoa, thời gian phát hiện bệnh.

Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng, thiếu máu, chỉ số BMI.

Đặc điểm cận lâm sàng: Số lượng u xơ tử cung, kích thước khối u.

Thang điểm đau VAS: Trong quá trình can thiệp, sau can thiệp 12 tiếng, sau can thiệp 24 tiếng.

Kết quả can thiệp: Thời gian can thiệp, thời gian chiếu tia, liều chiếu.

Thành công về kỹ thuật: là nút tắc hoàn toàn các mạch nuôi khối u xơ tử động mạch tử cung 1 bên hoặc 2 bên.

Tai biến trong can thiệp: dính vi ống thông, tổn thương mạch...

Biến chứng của thuốc giảm đau sau can thiệp: Nôn, táo bón, chóng mặt...

3. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được cung cấp đầy đủ thông tin về các phương pháp điều trị u xơ tử cung, phương pháp nút mạch với ưu nhược điểm và các lợi ích, nguy cơ trước khi ký cam kết tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức theo Tuyên bố Helsinki và hướng dẫn thực hành lâm sàng tốt.

Dữ liệu bệnh nhân được bảo mật theo quy định về bảo vệ thông tin cá nhân trong nghiên cứu y sinh học.

Các kỹ thuật can thiệp và phương pháp giảm đau được áp dụng trong nghiên cứu đều là những kỹ thuật đã được triển khai thường quy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, không phải là thử nghiệm kỹ thuật mới.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 37)

	Thông tin chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	30 – 39	13	35,1
	40 – 49	22	59,5
	≥ 50	2	5,4
	TB ± SD (min - max)	39,9 ± 6,0 (30 - 51)	
Số lần mang thai	Chưa mang thai	4	10,8
	1 lần	2	5,4
	2 lần	17	45,9
	≥ 3 lần	14	37,9
Tiền sử bệnh lý phụ khoa	Có	11	29,7
	Không	26	70,3
Thời gian phát hiện bệnh	< 1 năm	15	40,5
	≥ 1 năm	22	59,5

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 39,9 ± 6,0 tuổi, chủ yếu từ 40 – 49 tuổi (59,5%). Đa số bệnh

nhân đã mang thai (89,2%), có tiền sử bệnh lý phụ khoa (29,7%) và phát hiện bệnh ≥ 1 năm (59,5%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (n = 37)

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng hạ vị		26	70,3
Rối loạn kinh nguyệt		26	70,3
Ra máu âm đạo		2	5,4
Ra khí hư âm đạo		4	10,8
Sờ thấy khối u		4	10,8
<i>Thiếu máu</i>	Có	37	100,0
	Không	0	0,0
<i>BMI</i>	Nhẹ cân (< 18,5)	0	0,0
	Bình thường (18,5 – 22,9)	26	70,3
	Thừa cân (23 – 24,9)	7	18,9
	Béo phì (≥ 25)	4	10,8
<i>Số lượng u xơ tử cung</i>	1 u	22	59,5
	2 u	9	24,3
	≥ 3 u	6	16,2
<i>Kích thước khối u</i>	< 5cm	13	35,1
	≥ 5cm	24	64,9
	TB ± SD (min - max)	6,3 ± 1,7 (3,6 – 8,5)	

Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng hạ vị và rối loạn kinh nguyệt (70,3%). Tất cả bệnh nhân đều thiếu máu. Đa số có BMI bình thường (70,3%). Chủ yếu có 1 - 2 u (83,8%), và đa phần khối u ≥ 5cm (64,9%).

Bảng 3. Đánh giá thang điểm đau VAS trong và sau quá trình can thiệp (n = 37)

Thang điểm đau VAS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Đau trong quá trình can thiệp</i>		
< 5 điểm	28	75,7
≥ 5 điểm	9	24,3
TB ± SD (min - max)	4,0 ± 1,1 (3 - 6)	
<i>Phương pháp giảm đau</i>		
Phong bế thần kinh cơ vuông thắt lưng (QL)	2	5,4
Giảm đau tĩnh mạch có kiểm soát PCA	2	5,4
Cả 2 phương pháp	33	89,2

Thang điểm đau VAS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Đau sau can thiệp 12 tiếng</i>		
< 5 điểm	0	0,0
≥ 5 điểm	37	100,0
TB ± SD (min - max)	7,5 ± 1,0 (6 - 10)	
<i>Đau sau can thiệp 48 tiếng</i>		
< 5 điểm	35	94,6
≥ 5 điểm	2	5,4
TB ± SD (min - max)	3,5 ± 0,6 (3 - 5)	

75,7% bệnh nhân đau nhẹ đến vừa trong can thiệp (TB: 4,0 ± 1,1). Tất cả đau nhiều sau 12 giờ (TB: 7,5 ± 1,0), giảm rõ sau 48 giờ (TB:

3,5 ± 0,6). Chủ yếu kết hợp phong bế thần kinh và PCA (89,2%).

Bảng 4. Kết quả nút mạch (n = 37)

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian thực hiện		
Thời gian can thiệp (phút)	37,4 ± 13,8 (21 – 63)	
Thời gian chiếu tia (phút)	17,1 ± 8,7 (7,9 – 43,3)	
Liều chiếu tia (mGy·cm ²)	6161,0 ± 6425,5 (1784,9 – 29316)	
Thành công kỹ thuật		
Thành công	37	100,0
Không thành công	0	0,0

UAE qua đường động mạch quay thành công kỹ thuật 100%, an toàn, không ghi nhận tai biến. Thời gian can thiệp TB 37,4 phút, chiếu

tia 17,1 phút, liều tia trung bình 6161 mGy·cm². Biến chứng sau giảm đau thấp: sốt 18,9%, ra máu nhẹ 5,4%.

Bảng 5. Biến chứng của can thiệp

Tai biến trong can thiệp	n	%
Dính vi ống thông	0	0,0
Tổn thương mạch	0	0,0
Không	37	100,0
Biến chứng thuốc giảm đau		
Ra máu	2	5,4
Sốt	7	18,9

Các biến chứng sau can thiệp chủ yếu liên quan đến hội chứng sau nút mạch và thuốc giảm đau, với tỷ lệ thấp và mức độ nhẹ. Sốt nhẹ là biến chứng thường gặp nhất (18,9%), tiếp theo là ra máu âm đạo nhẹ (5,4%).

IV. BÀN LUẬN

1. Thông tin chung

Nghiên cứu của chúng tôi trên 37 bệnh nhân cho thấy độ tuổi trung bình là $39,9 \pm 6,0$ tuổi, chủ yếu từ 40 - 49 tuổi (59,5%). Đây là nhóm tuổi phổ biến mắc u xơ tử cung. Kết quả nghiên cứu của Vũ Văn Tâm (2022) cũng cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân điều trị UXTC bằng phương pháp nút mạch là $38,6 \pm 7,3$ tuổi.⁶ Chloe Mortensen (2019) cũng cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nút mạch qua đường động mạch quay là $45,1 \pm 4,9$ tuổi.⁷ Các triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là đau bụng hạ vị và rối loạn kinh nguyệt (70,6%). Tất cả bệnh nhân đều bị thiếu máu, đây là một triệu chứng thường gặp do rong kinh kéo dài ở bệnh nhân u xơ tử cung. Kích thước khối u trung bình là $6,3 \pm 1,7$ cm, với 64,7% bệnh nhân có kích thước $u \geq 5$ cm. Điều này cho thấy nhóm bệnh nhân được lựa chọn trong nghiên cứu là những trường hợp có triệu chứng rõ rệt và kích thước u đáng kể, cần can thiệp.

2. Can thiệp nút mạch u xơ tử cung

Nút mạch động mạch tử cung (Uterine Artery Embolization - UAE) được giới thiệu lần đầu vào năm 1974, theo truyền thống, UAE được thực hiện qua đường động mạch đùi (Transfemoral Approach - TFA). Phương pháp này có ưu điểm là đường vào rộng rãi, thuận lợi cho việc thao tác catheter, đặc biệt trong các trường hợp giải phẫu mạch máu phức tạp. Tuy nhiên, khi áp dụng phương pháp này bệnh nhân có thể cảm thấy khó chịu, bất tiện khi thường phải nằm bất động 4 - 6 giờ để tránh biến chứng chảy máu từ vị trí chọc; Tăng nguy cơ biến chứng tại vị

trí chọc mạch: tụ máu, giả phình động mạch, thông động-tĩnh mạch. Campeau là người đầu tiên mô tả kỹ thuật tiếp cận qua động mạch quay (Transradial Approach - TRA) trong chẩn đoán chụp mạch vào năm 1989 trên 100 bệnh nhân. Ông kết luận rằng TRA có hiệu quả và độ an toàn tương đương với phương pháp tiếp cận qua động mạch cánh tay, vốn được xem là lựa chọn thay thế cho đường động mạch đùi (TFA) vào thời điểm đó. Kỹ thuật nút mạch đã được ứng dụng trong nhiều tình huống xuất huyết khác nhau như tụ máu bao cơ thẳng bụng hoặc xuất huyết sau sinh. Hiện nay, tại nhiều bệnh viện, TRA đã trở thành đường tiếp cận chính trong các thủ thuật chụp mạch và can thiệp tim mạch, khắc phục được các nhược điểm của TFA do phương pháp này ít xâm lấn hơn, bệnh nhân có thể ngồi dậy và đi lại sớm ngay sau vài giờ, giúp cho bệnh nhân cảm thấy thoải mái hơn; Giảm nguy cơ tụ máu, biến chứng tại chỗ chọc mạch (so với động mạch đùi).³ Ghosh và cộng sự (2022) đã thực hiện một nghiên cứu so sánh giữa đường động mạch quay và động mạch đùi trong UAE và nhận thấy rằng đường động mạch quay mang lại sự thoải mái hơn cho bệnh nhân do khả năng vận động sớm sau can thiệp.³ Himiniuc và Murarasu (2021) trong một tổng quan hệ thống cũng nhấn mạnh tiềm năng của đường động mạch quay như một phương pháp tiếp cận ít được sử dụng nhưng hiệu quả. Sự giảm nguy cơ biến chứng tại chỗ chọc mạch (tụ máu, giả phình) cũng là một ưu điểm đáng kể của đường động mạch quay so với đường đùi.² Do vậy, trong nghiên cứu này của chúng tôi, 100% bệnh nhân được nút mạch u xơ tử cung qua đường động mạch quay. Tuy nhiên, đường kính mạch quay nhỏ, và đi qua nhiều mạch máu khác nhau trên một đoạn dài dẫn đến khó thao tác hơn nên cần các bác sỹ có kinh nghiệm và chuyên môn tốt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian can thiệp trung bình $37,4 \pm 13,8$ phút,

và thời gian chiếu tia $17,1 \pm 8,7$ phút. Thời gian chiếu tia trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với nghiên cứu của Chloe Mortensen (2019) với thời gian chiếu tia trung bình ở nhóm bệnh nhân nút mạch qua đường động mạch quay là $20,12 \pm 7,67$ phút.⁷ Mặc dù, chúng tôi không thực hiện nghiên cứu so sánh giữa hai nhóm can thiệp qua động mạch quay và động mạch đùi, tuy nhiên một số nghiên cứu khác trên thế giới đều cho thấy thời gian can thiệp và thời gian chiếu tia ở nhóm bệnh nhân nút mạch tử cung qua động mạch quay (TRA) ngắn hơn so với động mạch đùi (TFA). Như nghiên cứu của Aleksandar Gjoreski (2019) cho thấy thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là 72,4 phút ở nhóm TFA và 60,3 phút ở nhóm TRA, thời gian chiếu tia trung bình là 25,3 phút ở nhóm TFA và 21,1 phút ở nhóm TRA.⁸ Hay nghiên cứu của Chloe Mortensen (2019) thời gian chiếu tia trung bình là $20,36 \pm 9,48$ phút ở nhóm TFA cao hơn không đáng kể so với $20,12 \pm 7,67$ phút ở nhóm TRA.⁷ Liều chiếu tia trung bình $6161 \text{ mGy} \cdot \text{cm}^2$ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng nằm trong ngưỡng an toàn, giảm thiểu rủi ro phơi nhiễm bức xạ cho bệnh nhân và nhân viên y tế.

3. Thành công về kỹ thuật

Theo truyền thống, nút mạch u xơ tử cung thường được thực hiện qua đường động mạch đùi, đây là đường tiếp cận quen thuộc, thuận lợi cho thao tác catheter, đặc biệt trong các trường hợp giải phẫu mạch phức tạp. Tuy nhiên, đường động mạch đùi đòi hỏi bệnh nhân phải nằm bất động kéo dài sau can thiệp, làm tăng cảm giác khó chịu và nguy cơ biến chứng tại vị trí chọc mạch như tụ máu, giả phình động mạch hoặc thông động – tĩnh mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ bệnh nhân được can thiệp qua đường động mạch quay với tỷ lệ thành công kỹ thuật đạt 100% và không ghi nhận tai biến liên quan đến đường vào. Kết quả này cho

thấy đường động mạch quay là một lựa chọn khả thi và an toàn trong nút mạch u xơ tử cung, phù hợp với các báo cáo trước đây so sánh gián tiếp giữa hai đường tiếp cận.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thành công kỹ thuật 100% trong việc nút tắc hoàn toàn các mạch nuôi khối u xơ tử cung qua đường động mạch quay, và không có tai biến liên quan đến đường vào can thiệp. Đây là một kết quả rất đáng khích lệ, cho thấy sự an toàn và của phương pháp này khi được thực hiện bởi đội ngũ có kinh nghiệm. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Pham S (2016) với tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật nút mạch u xơ tử cung qua động mạch quay là 100%, không có tai biến lớn nào, chỉ có 2 tai biến nhỏ là co thắt mạch và bầm tím xung quanh vị trí chọc kim.⁹ Hay kết quả nghiên cứu của Neil J. Resnick (2014) cũng cho thấy 100% thành công về mặt kỹ thuật nút mạch u xơ tử cung qua động mạch quay, không có biến chứng lớn hay nhỏ nào trong và sau quá trình can thiệp 1 tháng.¹⁰ Nghiên cứu đánh giá hệ thống của Loredana Maria Himiniuc (2021) cho thấy tỷ lệ thành công của UAE sử dụng TRA trung bình là 98,86%, với tỷ lệ thất bại kỹ thuật dao động từ 5 – 7%, chủ yếu gặp ở bệnh nhân cao tuổi, nữ giới và những người có chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp. Tỷ lệ thành công cao hơn trong các thủ thuật sử dụng đường vào động mạch quay có thể được lý giải do đặc điểm nhóm bệnh nhân u xơ tử cung thường trẻ tuổi và ít mắc bệnh lý kèm theo.² Các tai biến trong can thiệp như dính vi ống thông hoặc tổn thương mạch không được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này củng cố thêm tính an toàn của kỹ thuật khi được thực hiện một cách cẩn trọng dưới hướng dẫn hình ảnh.

Các thông số thủ thuật như thời gian can thiệp, thời gian chiếu tia và liều chiếu trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong giới hạn an toàn và tương đương, thậm chí có xu hướng

thấp hơn so với một số nghiên cứu thực hiện qua đường động mạch đùi được báo cáo trong y văn. Ngoài ra, tiếp cận qua động mạch quay cho phép bệnh nhân vận động sớm ngay sau can thiệp, cải thiện sự thoải mái và trải nghiệm điều trị. Mặc dù nghiên cứu này không được thiết kế để so sánh trực tiếp giữa đường động mạch quay và đường động mạch đùi, các kết quả ban đầu cho thấy tiếp cận qua động mạch quay mang lại những lợi ích thực hành rõ rệt mà không làm gia tăng tai biến hay biến chứng, qua đó khẳng định giá trị của phương pháp này trong điều trị u xơ tử cung tại cơ sở thực hành lâm sàng

4. Hiệu quả của giảm đau phối hợp

Kiểm soát cơn đau không tốt là một trọng những nguyên nhân gây nên tình trạng tái nhập viện ở bệnh nhân sau nút mạch u xơ tử cung.⁴ Giảm đau phối hợp là yếu tố thiết yếu khi thực hiện nút mạch u xơ tử cung qua đường động mạch quay, giúp bệnh nhân thoải mái hơn, phục hồi nhanh hơn. Các phác đồ giảm đau nên được cá nhân hóa, tùy theo mức độ đau dự kiến và phản ứng của từng bệnh nhân.

Kiểm soát đau sau nút mạch là một thách thức quan trọng trong UAE, do đau chủ yếu phát sinh từ hoại tử khối u và đáp ứng viêm, thường đạt đỉnh trong vòng 24 giờ đầu. Nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào việc kết hợp các chiến lược giảm đau tiên tiến để tối ưu hóa trải nghiệm của bệnh nhân. Chúng tôi chủ yếu áp dụng kết hợp 2 phương pháp phong bế thần kinh cơ vuông thắt lưng (QL) và giảm đau tĩnh mạch có kiểm soát PCA (88,2%). Kết quả cho thấy mức độ đau trong quá trình can thiệp là thấp (VAS trung bình $4,0 \pm 1,1$). Đau tăng lên sau 12 giờ (VAS trung bình $7,5 \pm 1,0$), phản ánh cơ chế sinh lý của đau sau nút mạch. Tuy nhiên, mức độ đau giảm rõ rệt sau 48 giờ (VAS trung bình $3,5 \pm 0,6$). Điều này cho thấy hiệu quả của chiến lược giảm đau phối hợp trong

việc kiểm soát cơn đau cấp tính sau thủ thuật. Chan và cộng sự (2021) đã bàn luận về việc quản lý đau liên quan đến hội chứng sau nút mạch sau UAE, nhấn mạnh tầm quan trọng của các phác đồ giảm đau đa phương thức.⁴ Việc sử dụng opioid đường tĩnh mạch truyền thống có thể gây ra các tác dụng phụ như buồn nôn, nôn và táo bón. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng do thuốc giảm đau sau can thiệp ở mức thấp, chủ yếu là sốt (17,6%) và ra máu nhẹ (5,9%). Điều này cho thấy việc kết hợp 2 phương pháp phong bế thần kinh cơ vuông thắt lưng (QL) và giảm đau tĩnh mạch có kiểm soát PCA liều thấp đã giúp giảm thiểu các tác dụng phụ không mong muốn của opioid đơn thuần, đồng thời vẫn đảm bảo hiệu quả kiểm soát đau.

Do nghiên cứu không có nhóm so sánh với các phác đồ giảm đau khác, chúng tôi không đưa ra kết luận so sánh về hiệu quả giảm đau. Tuy nhiên, kết quả cho thấy chiến lược giảm đau phối hợp giúp kiểm soát tốt cơn đau cấp tính sau nút mạch, với mức độ đau giảm rõ rệt sau 48 giờ và tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp.

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi là một nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện nhỏ ($n = 37$). Điều này có thể hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả. Để có được bằng chứng mạnh mẽ hơn, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế ngẫu nhiên có đối chứng để so sánh trực tiếp đường động mạch quay với đường động mạch đùi, cũng như các phác đồ giảm đau khác nhau. Việc theo dõi dài hạn hơn cũng cần thiết để đánh giá hiệu quả lâu dài của UAE qua đường động mạch quay và tác động của nó đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Tuy nhiên, nghiên cứu này đã đặt nền móng quan trọng cho việc ứng dụng rộng rãi hơn phương pháp nút mạch u xơ tử cung qua đường

động mạch quay tại Việt Nam. Các kết quả ban đầu rất tích cực về tính an toàn, hiệu quả kỹ thuật và kiểm soát đau cho thấy tiềm năng lớn của phương pháp này trong việc tối ưu hóa quy trình điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân u xơ tử cung.

V. KẾT LUẬN

Nút mạch u xơ tử cung qua đường động mạch quay là phương pháp khả thi và an toàn, đạt tỷ lệ thành công kỹ thuật cao và không ghi nhận tai biến liên quan đến đường vào trong nghiên cứu của chúng tôi. So với đường động mạch đùi được sử dụng phổ biến trước đây, tiếp cận qua động mạch quay giúp bệnh nhân vận động sớm sau can thiệp và hạn chế nguy cơ biến chứng tại vị trí chọc mạch. Việc phối hợp phong bế cơ vuông thắt lưng với giảm đau tĩnh mạch có kiểm soát giúp kiểm soát hiệu quả cơn đau cấp tính sau nút mạch, với khả năng dung nạp tốt và tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp giúp nâng cao chất lượng điều trị và trải nghiệm của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yang Q, Ciebiera M, et al. Comprehensive Review of Uterine Fibroids: Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment. *Endocr Rev.* 2021;43(4):678-719.
2. Himiniuc LM, Murarasu M, et al. Transradial Embolization, an Underused Type of Uterine Artery Embolization Approach: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas).* 2021;57(2):83.
3. Ghosh A, Agnihotri T, et al. Transradial versus transfemoral arterial access in the

uterine artery embolization of fibroids. *Pol J Radiol.* 2022;87:e672-e677.

4. Chan P, Garcia-Reyes K, et al. Managing Postembolization Syndrome–Related Pain after Uterine Fibroid Embolization. *Semin Intervent Radiol.* 2021;38(3):382-387.

5. Ben-David B, Kaligozhin Z, Viderman D. Quadratus lumborum block in management of severe pain after uterine artery embolization. *Eur J Pain.* 2018;22(6):1032-1034.

6. Vũ Văn Tâm, Nguyễn Hải Long, Lưu Vũ Dũng, và cs. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị u xơ tử cung bằng phương pháp nút mạch tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;514(1):132-135.

7. Mortensen C, Chung J, et al. Prospective Study on Total Fluoroscopic Time in Patients Undergoing Uterine Artery Embolization: Comparing Transradial and Transfemoral Approaches. *CardioVascular and Interventional Radiology* 2019;42:441-447.

8. Gjoreski A, Gjoreski J, Nancheva A. Uterine Fibroid Embolization via Transradial versus Transfemoral Arterial Access: Technical Results. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019;7(4):579-582.

9. Pham S, Arampulikan J, Ruiz D, et al. Safety and efficacy of transradial uterine fibroid embolization via small caliber arterial access. *J Vasc Interv Radiol.* 2016;27(3):S21.

10. Resnick NJ, Kim E, et al. Uterine artery embolization using a transradial approach: Initial experience and technique. *J Vasc Interv Radiol.* 2014;25(3):443-447.

Summary

INITIAL RESULTS OF UTERIN FIBROID ARTERY EMBOLIZATION VIA RADIAL ARTERY COMBINED WITH MULTIMODAL ANALGESIA

A cross-sectional study on 37 patients undergoing uterine fibroid embolization (UFE) via radial artery access at Hanoi Medical University Hospital demonstrated that this approach is safe and effective. The patients had a mean age of 39.9 ± 6.0 years old, with an average fibroid size of 6.3 ± 1.7 cm. All procedures were technically successful (100%) without any recorded complications. The mean procedure time was 37.4 minutes, and radiation exposure remained within safe limits. Pain during and after the procedure was well controlled through a combination of nerve block and patient-controlled analgesia (PCA), with pain levels significantly reduced after 48 hours. Post-procedural complications were mild, mainly fever and minor vaginal bleeding. These findings suggest that radial artery access is a suitable route for UFE and that combining pain management strategies enhances treatment outcomes.

Keywords: Uterine artery embolization, transradial approach, pain management.