

đối diện [1]. Tuy nhiên, độ lệch vách ngăn mũi có thể không phải là kết quả của xoang hơi cuốn mũi đầy, mà có vẻ như là do các yếu tố phát triển khác chưa được biết đến liên quan đến concha và vách ngăn mũi [2]. Mặc dù sự hiện diện của xoang hơi cuốn mũi và độ lệch vách ngăn là những yếu tố tiềm ẩn trong sự phát triển của bệnh xoang, nhưng đây vẫn là vấn đề gây tranh cãi [9]. Ngoài ra, bản thân xoang hơi cuốn mũi là nguyên nhân phổ biến gây đau đầu do mũi.

V. KẾT LUẬN

Xoang hơi cuốn mũi giữa thường gặp trên thực tế lâm sàng, với nhiều dạng khí hóa khác nhau, bên cạnh đó là dạng cuốn mũi giữa đảo chiều. Việc xuất hiện các dạng cấu trúc này của cuốn mũi giữa không phải lúc nào cũng gây ảnh hưởng đến sự thông khí qua mũi hay sự thông thoáng của khe giữa mà nó phụ thuộc vào mức độ khí hóa, các cấu trúc có liên quan khác trong khu vực khoang mũi. Khi đánh giá các cấu trúc này cần đánh giá tổng thể các mối liên quan của các cấu trúc để có thể đưa ra một chẩn đoán cũng như phương pháp can thiệp phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Thanh (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của xoang hơi cuốn giữa và mối liên quan với bệnh lý mũi xoang, Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa Cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Lê Xuân Ngọc (2017), Đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình xoang hơi cuốn giữa theo phương pháp bảo tồn niêm mạc, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Gisma A.M., Kamal E.B., Helen S.M.G., Suban M.G. (2021), "Anatomical variations of the middle Turbinate among adult Sudanese Population –A Computed Tomographic Study", Bangladesh Journal of Medical Science, 20 (01), pp. 62-67.
4. Kyung R. K., Seung H. L. (2000), "Concha Bullosa: Incidence and Relationship with Chronic Sinusitis on OMU CT", J Rhinol, 7 (2), pp. 101-104.
5. Lee Juyeon, Park Sang Man, Cha Seung-Whan, Moon Jin Sil, Kim Myung Soon (2020), "Does Nasal Septal Deviation and Concha Bullosa Have Effect on Maxillary Sinus Volume and Maxillary Sinusitis?: A Retrospective Study", J Korean Soc Radiol, 81(6), pp. 1377-1388.
6. Mohammad W.E., Atef H.A., Rania M. A, Ghada A., and Mohamed E.H. Ashraf R. (2020), "Radiological middle turbinate variations and their relation to nasal septum deviation in asymptomatic adult", Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine, 104, pp. 51-56.
7. Murat K., Mustafa A. (2022), "The incidence of concha bullosa: a retrospective radiologic study", European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 280 (2), pp. 731-735.
8. Raag R., Jawed A., Avanish K., Binod K., Rajiv R.S. (2020), "CT Scan Evaluation of Prevalence of Paradoxical Middle Turbinate In Adult Population of Bihar", Academia Anatomica International, 6 (1), pp. 1-4.
9. Santosh K.S. (2021), "Middle turbinate concha bullosa and its relationship with chronic sinusitis: a review", International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery, 7(6), pp. 1062-1067.

VAI TRÒ CỦA KỸ THUẬT GÂY TẮC ĐỘNG MẠCH TRƯỚC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT HO RA MÁU

Trịnh Thị Hằng^{1,2}, Đinh Văn Lượng^{1,2}, Đỗ Xuân Cảnh¹,
Kiều Bảo Trang², Lê Thị Tuyết², Hoàng Thu Huyền², Lê Thị Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ho ra máu điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Phổi Trung Ương và đánh giá vai trò của kỹ thuật gây tắc động mạch phế quản trước điều trị phẫu thuật ho ra máu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 205 người bệnh ≥ 16 tuổi, được phẫu thuật ho ra máu, tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 1/2018 đến tháng 12 năm

2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 50 tuổi, nam giới chiếm 76%. Có 41% các bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện, đa số các bệnh nhân có tiền sử bệnh phổi trước đó, trong đó hay gặp nhất là lao phổi, chiếm 55.6%. Hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính khá đa dạng, 3 tổn thương hay gặp nhất là nốt, đông đặc và u nấm, với tỉ lệ lần lượt là 33.7%, 41.5%, 48.3%. 3 nguyên nhân hay gặp nhất là u nấm, lao phổi, giãn phế quản, với tỷ lệ lần lượt 40.5%, 19.5%, 18.5%. Trong 205 bệnh nhân được phẫu thuật, có 57 bệnh nhân được gây tắc động mạch phế quản trước mổ (chiếm 27.8%). Không có sự khác biệt về kết quả phẫu thuật của nhóm có gây tắc động mạch phế quản trước mổ và nhóm không gây tắc động mạch phế quản trước mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật ho ra máu có thể được tiến hành bất cứ khi nào khả thi, việc gây tắc động mạch phế quản trước phẫu thuật có thể không có lợi.

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Lượng

Email: dinhvanluong66@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

Từ khóa: phẫu thuật ho ra máu, gây tắc động mạch phế quản.

SUMMARY

ROLE OF BRONCHIAL ARTERY EMBOLIZATION PRIOR TO SURGICAL TREATMENT OF HEMOPTYSIS

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients undergoing surgery for hemoptysis at the National Lung Hospital and to evaluate the role of bronchial artery embolization before surgical treatment of hemoptysis in the study group of patients. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 205 patients aged 16 and above who underwent surgery for hemoptysis at the National Lung Hospital from January 2018 to December 2023. **Results:** The average age was 50 years, with males accounting for 76% of cases. A history of hemoptysis before hospital admission was noted in 41% of the patients, and most patients had a prior history of lung disease, with pulmonary tuberculosis being the most common, accounting for 55.6%. The imaging findings on computed tomography (CT) scans were quite diverse; the three most common lesions were nodules, consolidations, and fungal masses, with rates of 33.7%, 41.5%, and 48.3%, respectively. The three most common causes were fungal mass, pulmonary tuberculosis, and bronchiectasis, with rates of 40.5%, 19.5%, and 18.5%, respectively. Out of 205 patients who underwent surgery, 57 patients received preoperative bronchial artery embolization (accounting for 27.8%). There was no difference in early surgical outcomes and recurrence rates of hemoptysis between the group that received bronchial artery embolization before surgery and the group that did not. **Conclusion:** Surgery for hemoptysis can be performed whenever feasible, and preoperative bronchial artery embolization may not be beneficial.

Keywords: hemoptysis surgery, bronchial artery embolization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho ra máu là một tình trạng cấp cứu nội khoa và ngoại khoa, việc điều trị cần có sự phối hợp chặt chẽ của nhiều chuyên khoa.

Trước đây, phẫu thuật cắt bỏ phổi trong điều trị ho ra máu thường được tiến hành cấp cứu, ở những bệnh nhân ho ra máu nặng, nguy kịch, tổn thương khu trú. Đây là cuộc mổ phức tạp, kéo dài, chảy máu nhiều, tỉ lệ tử vong cao (7.1-18.2%), nếu tiến hành phẫu thuật khẩn cấp, tỉ lệ tử vong lên tới gần 40%¹.

Hiện nay, với sự phát triển vượt bậc của phẫu thuật nội soi lồng ngực và kỹ thuật gây tắc động mạch phế quản, cùng với sự tối ưu hoá điều trị nội khoa trước mổ, việc điều trị ho ra máu bằng phương pháp phẫu thuật đã đạt được những thành tựu đáng kể. Tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật chỉ còn 2-3%. Nỗ lực kiểm soát chảy máu bằng các phương pháp hỗ trợ trước mổ là

rất quan trọng, giúp cải thiện kết quả điều trị, giảm tỉ lệ tử vong và tỉ lệ tái phát ho ra máu. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng, những bệnh nhân được phẫu thuật có chuẩn bị, được điều trị trước mổ bằng gây tắc mạch phế quản, thuốc lao, thuốc nấm làm có tỉ lệ biến chứng sau mổ, tỉ lệ tử vong và tỉ lệ ho ra máu tái phát thấp hơn so với nhóm bệnh nhân còn lại^{8,5}.

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm nhóm bệnh nhân phẫu thuật ho ra máu, cũng như vai trò của kỹ thuật gây tắc động mạch phế quản trước phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, và đánh giá vai trò của kỹ thuật gây tắc động mạch phế quản trước phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm tất cả các bệnh nhân ho ra máu được điều trị phẫu thuật, tại bệnh viện Phổi Trung Ương, từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán ho ra máu, được điều trị phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chảy máu ở đường hô hấp trên, nôn ra máu, bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật nội soi lồng ngực sinh thiết để chẩn đoán nguyên nhân, phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu, lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, được phẫu thuật ho ra máu tại Bệnh viện Phổi Trung Ương, thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2023.

Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử ho ra máu, tiền sử bệnh phổi, hình ảnh cắt lớp vi tính ngực, nguyên nhân ho ra máu, chỉ định gây tắc động mạch phế quản trước phẫu thuật, thời gian dẫn lưu, các biến chứng trong mổ, biến chứng sớm sau mổ.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu. Tính trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. So sánh các tỷ lệ bằng Fisher's test, Chi-square test, -So sánh các giá trị trung bình bằng T-test, Mann-Whitney test, Anova test, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của Ban giám đốc, Hội đồng khoa học Bệnh viện Phổi Trung Ương. Các thông tin cá nhân về đối tượng được giữ bí mật bằng cách mã hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Tuổi	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
< 20	3	1.5
20 – 40	42	20.5
40 – 60	96	47
> 60	64	31
Tổng	205	
X \pm SD	50 \pm 14	
Min	16	
Max	81	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 50, bệnh nhân cao tuổi nhất là 81 tuổi, thấp tuổi nhất là 16 tuổi. Đa số các bệnh nhân ở độ tuổi 40-60 tuổi, chiếm 47%.

3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nam	156	76.1
Nữ	49	23.9
Tổng	205	100

Nhận xét: Số bệnh nhân nam là 156 bệnh nhân, chiếm 76.1%. Số bệnh nhân nữ là 49 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 23.9%. Tỉ lệ nam/nữ : 3/1

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Tiền sử ho ra máu

Bảng 3.3. Tiền sử ho ra máu

Tiền sử ho ra máu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Không	121	59
1 lần	46	22.4
2 lần	20	9.8
3 lần	13	6.3
≥ 4 lần	5	2.5

- Có 84 bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện, chiếm 41 % tổng số bệnh nhân, trong đó có 46 bệnh nhân có tiền sử ho ra máu 1 lần, chiếm 22.4 % tổng số bệnh nhân.

3.2.2. Tiền sử bệnh phổi

Bảng 3.4. Tiền sử bệnh phổi

Tiền sử bệnh phổi	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Lao phổi	114	55.6
Giãn phế quản	28	13.7
Nấm phổi	27	13.2
Viêm phổi	5	2.4

- Có 114 bệnh nhân có tiền sử bệnh lao phổi trước đó, chiếm tỷ lệ 55.6%, cao nhất trong các bệnh. Sau đó là nhóm bệnh nhân tiền sử bệnh

giãn phế quản, nấm phổi (chiếm tỷ lệ khoảng 13%).

3.2.3. Hình ảnh cắt lớp vi tính ngực

Bảng 3.5. Hình thái tổn thương trên cắt lớp vi tính

Hình thái tổn thương	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nốt	69	33.7
Đông đặc	85	41.5
Kính mờ	45	22
Hang	77	37.6
Giãn phế quản	99	48.3
U nấm	60	29.3
Xẹp phổi	16	7.8
Xơ	9	4.4

Nhận xét: Hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính khá đa dạng: nốt (33.7%), đông đặc (41.5%), kính mờ (22%), hang (37.6%), giãn phế quản (48.3%), u nấm (29.3%). Có 16 bệnh nhân có tổn thương xẹp phổi, chiếm tỉ lệ 7.8%, 9 bệnh nhân có tổn thương dạng dải xơ, chiếm tỉ lệ 4.4%.

3.2.4. Nguyên nhân ho ra máu

Bảng 3.6. Nguyên nhân ho ra máu

Nguyên nhân ho ra máu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Lao phổi	41	19.5
Di chứng lao	5	2.4
Giãn phế quản	38	18.5
U nấm	83	40.5
Viêm phổi	24	11.7
Ung thư	7	3.4
giả phình mạch	2	1.0
Kén khí bội nhiễm	2	1.0
U quái	1	0.5
Lao + nấm	3	1.5
Tổng	205	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, 3 nguyên nhân ho ra máu hay gặp nhất là u nấm, lao phổi, giãn phế quản, lần lượt chiếm tỷ lệ 40.5%, 19.5%, 18.5%.

3.3. Mối liên quan giữa tình trạng gây tắc động mạch phế quản trước mổ và kết quả phẫu thuật

3.3.1. Tỉ lệ gây tắc động mạch phế quản trước mổ

Bảng 3.7. Chỉ định gây tắc động mạch phế quản trước mổ

Điều trị hỗ trợ trước mổ	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Có gây tắc động mạch phế quản	57	27.8
Không gây tắc động mạch phế quản	148	72.2
Tổng	205	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 57 bệnh nhân được gây tắc động mạch

phế quản trước mổ, chiếm tỷ lệ 27.8%.

3.3.2. *Mối liên quan giữa tình trạng gây tắc động mạch phế quản trước mổ và thời gian rút dẫn lưu*

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa thời gian rút dẫn lưu và tình trạng tình trạng gây tắc mạch trước mổ

Thời gian dẫn lưu (ngày)	Có gây tắc mạch trước mổ	Không gây tắc mạch trước mổ	P
	11 ±3	8±2	0.002

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có gây tắc động mạch phế quản trước mổ có thời gian dẫn lưu sau mổ cao hơn nhóm không gây tắc động mạch trước mổ (11 ngày so với 9 ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p = 0.002$

3.3.3. *Mối liên quan giữa tình trạng gây tắc động mạch phế quản trước mổ và biến chứng sớm sau phẫu thuật*

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa biến chứng sớm sau phẫu thuật và tình trạng gây tắc mạch trước mổ

Gây tắc ĐMPQ	Có	Không
Biến chứng sớm sau mổ		
Có	22 38.6%	27 18.2%
Không	35 61.4%	121 81.8%
Tổng	57 100%	148 100%
P	0.002	

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ ở nhóm bệnh nhân có gây tắc động mạch phế quản trước mổ là 38.6%, cao hơn nhóm không gây tắc động mạch phế quản trước mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.002$

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 205 người bệnh, độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 50 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 81 tuổi, thấp tuổi nhất là 16 tuổi. Đa số các bệnh nhân ở độ tuổi 40- 60 tuổi, chiếm tỉ lệ 47%. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, AndreJak và cộng sự (2009), khi nghiên cứu 111 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, tuổi trung bình của bệnh nhân là 50⁵, Bing Wang và cộng sự (2023), khi nghiên cứu 102 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, tuổi trung bình của bệnh nhân là. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân nam là 156 bệnh nhân, chiếm 76.1%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, Bing Wang và cộng sự (2023), khi nghiên cứu 102 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân nam là 76.5%¹⁰, AndreJak và cộng sự (2009), khi nghiên cứu 111 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, tỉ lệ bệnh

nhân nam là 74%⁵

Phẫu thuật là một phương pháp được chỉ định để điều trị triệt để ho ra máu, đặc biệt là các trường hợp ho ra máu dai dẳng tái phát, điều trị nội khoa không hiệu quả, hoặc tái phát sau khi đã được gây tắc động mạch phế quản². Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật thường có tiền sử ho ra máu trước đó. Trong 205 bệnh nhân nghiên cứu, có 84 bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện, chiếm 41%. Trong đó có 46 bệnh nhân có tiền sử ho ra máu 1 lần, chiếm 22.4% tổng số bệnh nhân. Có 5 bệnh nhân có tiền sử ho ra máu >4 lần trước khi nhập viện, chiếm 2.5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Andrejak và cộng sự, khi nghiên cứu 111 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, có 48 bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước đó, chiếm tỷ lệ 43%⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 114 bệnh nhân có tiền sử bệnh lao phổi trước đó, chiếm tỷ lệ 55.6%, cao nhất trong các bệnh. Sau đó là nhóm bệnh nhân tiền sử bệnh giãn phế quản, nấm phổi (chiếm tỷ lệ khoảng 13%). Chỉ có 2 bệnh nhân có tiền sử viêm phổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Andrejek và cộng sự (2009), trong 111 bệnh nhân được phẫu thuật ho ra máu, có 65 bệnh nhân có tiền sử lao, chiếm tỉ lệ 59%.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 nguyên nhân ho ra máu hay gặp nhất là u nấm, lao phổi, giãn phế quản, lần lượt chiếm tỷ lệ 40.5%, 19.5%, 18.5%. Các nguyên nhân khác, ít gặp hơn: di chứng lao cũ, viêm phổi mạn tính, kén khí bội nhiễm, u quái, giả phình mạch, ung thư phổi. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bing Wang và cộng sự (2023), trong 102 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, nguyên nhân hay gặp nhất là u nấm (61.8%), sau đó đến lao phổi (31.4%) và giãn phế quản (0.8%)¹⁰ Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Ju Sik Yun và cộng sự (2018), trong 92 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, nguyên nhân hay gặp nhất là u nấm (61.7%)¹¹. Tuy nhiên, tác giả Ahmed và cộng sự (2023), khi nghiên cứu 172 bệnh nhân ho ra máu nhập viện tại Qatar, 3 nguyên nhân hay gặp nhất là viêm phổi, lao phổi, giãn phế quản với tỷ lệ lần lượt là 70%, 7% và 7%.³ Sự khác biệt này cho thấy đặc điểm ho ra máu khác nhau ở nhóm bệnh nhân nội khoa và nhóm bệnh nhân phẫu thuật. Trong nhóm bệnh nhân ho ra máu có phẫu thuật thì gặp nhiều u nấm hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 57 bệnh nhân được gây tắc động mạch phế quản trước

phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 27,8%. Theo Bing Wang và cộng sự (2023), có 14 bệnh nhân được gây tắc động mạch phế quản trước phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 13,7%^{9,10}. Sự khác biệt này có thể do chỉ định gây tắc động mạch phế quản có sự khác nhau giữa các cơ sở y tế.

Nhóm bệnh nhân có gây tắc động mạch phế quản trước mổ có thời gian dẫn lưu sau mổ cao hơn nhóm không gây tắc động mạch trước mổ (11 ngày so với 9 ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p = 0.002$. Tỉ lệ biến chứng sớm trong mổ ở nhóm bệnh nhân có gây tắc động mạch phế quản là 49,1%, cao hơn nhóm không gây tắc động mạch phế quản trước mổ (17,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.001$.

BAE có thể được thực hiện như một can thiệp ổn định trước khi phẫu thuật. Trong một nghiên cứu trên 32 bệnh nhân bị ho ra máu đe dọa tính mạng do bệnh lao phổi lan rộng, BAE trước phẫu thuật có liên quan đến việc rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm chảy máu trong khi phẫu thuật và giảm biến chứng sau phẫu thuật⁶.

Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến chứng sớm sau mổ ở nhóm bệnh nhân có gây tắc động mạch phế quản trước mổ là 38,6%, cao hơn nhóm không gây tắc động mạch phế quản trước mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.002$.

Theo Andrejek và cộng sự (2009), một số yếu tố nguy cơ làm tăng biến chứng sau mổ của các bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật đó là các tình trạng: mổ cấp cứu, ho ra máu mức độ nặng, ho ra máu do u nấm⁵.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành phân tích dưới nhóm, dựa vào mức độ ho ra máu, tình trạng mổ cấp cứu, nguyên nhân ho ra máu, kết quả vẫn cho thấy, tỉ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm bệnh nhân có gây tắc động mạch phế quản vẫn không thấp hơn nhóm không gây tắc động mạch phế quản.

So sánh với một vài nghiên cứu khác, theo tác giả Yun và cộng sự (2018), tỉ lệ biến chứng sau mổ của nhóm bệnh nhân có gây tắc động mạch phế quản trước mổ là 28,6%, cao hơn so với nhóm không gây tắc động mạch phế quản là 23%.

Theo tác giả Bing Wang và cộng sự (2023), tỉ lệ biến chứng sau mổ của nhóm bệnh nhân có gây tắc động mạch phế quản trước mổ là 13%, không khác biệt so với nhóm không gây tắc động mạch phế quản trước mổ (13,1%)¹⁰.

Trong một nghiên cứu trên 61 bệnh nhân bị ho ra máu đe dọa tính mạng đã trải qua cắt bỏ bằng phẫu thuật, Alexander đã chứng minh

không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tử vong hoặc bệnh tật có hoặc không có BAE⁴.

Như vậy, chúng ta không thấy sự khác biệt về kết quả phẫu thuật ở nhóm có được gây tắc động mạch phế quản trước mổ và nhóm không gây tắc động mạch phế quản trước mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ho ra máu có thể được tiến hành bất cứ khi nào khả thi, việc gây tắc động mạch phế quản trước phẫu thuật có thể không có lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đồng Khắc Hưng.** Chẩn Đoán và Điều Trị Ho Ra Máu Bằng Chụp và Gây Tắc Động Mạch Phế Quản. Nhà xuất bản Y học; 2010.
2. **Hoàng Minh.** Cấp Cứu Ho Ra Máu - Trần Khí Màng Phổi - Trần Dịch Màng Phổi. Nhà xuất bản Y học; 2008.
3. **Ahmed S, Hameed M, Al-Tikriti M, et al.** Etiology, diagnostic modalities, and short-term outcomes of hemoptysis—a retrospective cross-sectional study from a tertiary care center in Qatar. *J Thorac Dis.* 2023;15(12):6634. doi:10.21037/jtd-23-93
4. **Alexander GR.** A retrospective review comparing the treatment outcomes of emergency lung resection for massive haemoptysis with and without preoperative bronchial artery embolization. *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg.* 2014;45(2):251-255. doi:10.1093/ejcts/ezt336
5. **Andréjak C, Parrot A, Bazelly B, et al.** Surgical Lung Resection for Severe Hemoptysis. *Ann Thorac Surg.* 2009;88(5):1556-1565. doi:10.1016/j.athoracsurg.2009.06.011
6. **Chen G, Zhong FM, Xu XD, Yu GC, Zhu PF.** Efficacy of regional arterial embolization before pleuropulmonary resection in 32 patients with tuberculosis-destroyed lung. *BMC Pulm Med.* 2018;18(1):156. doi:10.1186/s12890-018-0722-5
7. **Correia S da S, Pinto C, Bernardo J.** [Pulmonary aspergilloma surgery: a mono-institutional experience]. *Acta Med Port.* 2014;27(4):417-421
8. **Dokhan AL, Abd Elaziz ME, Yousif M.** Surgical management of hemoptysis in pulmonary tuberculous patients. *J Egypt Soc Cardio-Thorac Surg.* 2016;24(1): 78-85. doi:10.1016/j.jescts.2016.05.004
9. **Shen C, Qiao G, Wang C, Jin F, Zhang Y.** Outcomes of surgery for different types of chronic pulmonary aspergillosis: results from a single-center, retrospective cohort study. *BMC Pulm Med.* 2022;22:40. doi:10.1186/s12890-022-01836-z
10. **Wang B, Yao L, Sheng J, et al.** Is VATS suitable for lung diseases with hemoptysis? Experience from a hemoptysis treatment center in China. *BMC Pulm Med.* 2023;23:208. doi:10.1186/s12890-023-02506-4

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN COPD ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023

Phạm Kiều Diễm¹, Nguyễn Thế Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện tại Khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023. (2) Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện tại Khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có hồi cứu và phân tích, chọn cỡ mẫu thuận tiện gồm 47 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD. **Kết quả:** Tại thời điểm nhập viện, có 57,4% đối tượng nghiên cứu có huyết áp tăng, 42,6% đối tượng có huyết áp bình thường. Giá trị huyết áp trung bình là $142,62 \pm 27,98$ (mmHg). Tại thời điểm nhập viện, có 63,9% đối tượng nghiên cứu có tần số thở tăng, 36,1% đối tượng có tần số thở bình thường. Giá trị tần số thở trung bình là $22,77 \pm 3,4$ (lần/phút). Trong tổng số 40/61 đối tượng được thực hiện khí máu động mạch lúc nhập viện, 50% trường hợp có tình trạng giảm PaO₂ máu, 12,5% có toan hóa máu và 32,5% có tăng PaCO₂ máu. Giá trị trung bình của PaO₂ là $80,55 \pm 25,18$ mmHg, pH là $7,42 \pm 0,67$ và của PaCO₂ là $43,1 \pm 13$ mmHg. **Từ khóa:** COPD, Khí máu động mạch, BV Đa khoa TP Cần Thơ.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF COPD PATIENTS UNDER TREATMENT AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL IN 2023

Objectives: (1) Describe the clinical and paraclinical characteristics of COPD patients admitted to the General Internal Medicine Department at Can Tho City General Hospital in 2023. (2) Evaluate the treatment outcomes of COPD patients admitted to the General Internal Medicine Department at Can Tho City General Hospital in 2023. **Methods:** Retrospective cross-sectional descriptive study with analysis, selecting a convenient sample size of 47 patients diagnosed with acute COPD exacerbations. **Result:** At the time of admission, 57.4% of the study subjects had increased blood pressure, 42.6% of the subjects had normal blood pressure. The average blood pressure value was 142.62 ± 27.98 (mmHg). At the time of admission, 63.9% of the study subjects had increased respiratory rate, 36.1% of the subjects had normal respiratory rate. The average respiratory rate

was 22.77 ± 3.4 (times/minute). Of the 40/61 subjects who had arterial blood gas performed upon admission, 50% had decreased blood PaO₂, 12.5% had acidosis, and 32.5% had increased blood PaCO₂. The average PaO₂ value was 80.55 ± 25.18 mmHg, pH was 7.42 ± 0.67 , and PaCO₂ was 43.1 ± 13 mmHg. **Keywords:** COPD, arterial blood gas, Can Tho General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những bệnh nhân COPD thường là những bệnh nhân nặng, thời gian điều trị kéo dài, chi phí điều trị và tỉ lệ tử vong cao. Để giúp các thầy thuốc lâm sàng có được thông tin của bệnh nhân COPD từ đó có kế hoạch phòng bệnh, quản lý điều trị tốt, hạn chế số lần nhập viện, giảm được thời gian và chi phí điều trị cũng như tỉ lệ tử vong, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện tại Khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023.*
2. *Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện tại Khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD và được nhập viện điều trị tại Khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân thỏa 2 tiêu chuẩn:

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán COPD:** bệnh nhân đã có chẩn đoán COPD trước đó, dựa vào hồ sơ quản lý ngoại trú có kết quả đo chức năng hô hấp trong vòng 12 tháng với FEV₁/FVC < 0,7 sau nghiệm pháp hồi phục phế quản [35].

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp COPD:** Đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (ECOPD) đặc trưng bởi sự gia tăng tình trạng khó thở và/hoặc ho có đờm trong thời gian <14 ngày, có thể kèm theo thở nhanh và/hoặc nhịp tim nhanh, thường liên quan đến viêm cục bộ và hệ thống do nhiễm trùng, ô nhiễm hoặc các tác nhân gây hại cho đường thở [4].

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các bệnh lý kèm theo như hen phế quản, giãn phế quản, viêm phổi, tràn

¹Trường Đại học Võ Trường Toản
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Kiều Diễm
Email: 8944453291@stu.vttu.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.10.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024
Ngày duyệt bài: 30.12.2024