

DOI: <https://doi.org/10.59294/HIUIJS20250133>

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ HO RA MÁU BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT TỈNH ĐỒNG NAI NĂM 2023-2025

Nguyễn Văn Hoàng*, Nguyễn Trí Tài
Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ho ra máu là một cấp cứu nội khoa thường gặp trong các bệnh lý hô hấp ở nước ta. Về mặt kinh điển phẫu thuật được xem là phương thức điều trị cuối cùng tuy nhiên tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật còn cao. Hiện nay, can thiệp nội mạch là một kỹ thuật ít xâm lấn dùng trong điều trị. Tuy nhiên, kết quả phụ thuộc nhiều yếu tố. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ho ra máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu có theo dõi dọc trên 33 bệnh nhân được điều trị ho ra máu bằng can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm 57.58%, tuổi trung bình là 66.67 ± 13.60 tuổi, bệnh nền thường gặp nhất là lao phổi cũ (66.6). Nguyên nhân ho ra máu cao nhất là giãn phế quản (72.73%), biến chứng suy hô hấp chiếm tỉ lệ 9.09%. Có 96.97% tổn thương đặc hiệu trên CT-scan ngực, 100% có thay đổi hình dạng động mạch phế quản trên chụp mạch số hóa xóa nền. Có 96.97% bệnh nhân được điều trị thành công tức thời, 6.06% tái phát sớm. **Biến chứng sau can thiệp:** Đau ngực 9.09%, nôn 3.03% các triệu chứng tự giới hạn. **Phân tích không có sự liên quan giữa tuổi, giới, nguyên nhân ho ra máu với kết quả điều trị.** **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là kỹ thuật hiệu quả cao và an toàn trong điều trị ho ra máu.

Từ khóa: ho ra máu, can thiệp nội mạch, thuyên tắc động mạch phế quản, chụp mạch số hóa xóa nền

PRELIMINARY EVALUATION OF ENDOVASCULAR INTERVENTION IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH HEMOPTYSIS AT THONG NHAT DONG NAI GENERAL HOSPITAL, 2023 - 2025

Nguyen Van Hoang, Nguyen Tri Tai

ABSTRACT

Background: Hemoptysis is a common medical emergency in respiratory diseases in Vietnam. Traditionally, surgery has been considered the last resort of treatment; however, postoperative mortality remains high. Currently, endovascular intervention is a minimally invasive technique used in treatment, although its outcomes depend on multiple factors. **Objective:** To evaluate the treatment outcomes of patients with hemoptysis managed by endovascular intervention. **Subjects and methods:** A retrospective and prospective longitudinal study was conducted on 33 patients treated for hemoptysis by endovascular intervention at Thong Nhat Dong Nai General Hospital. **Results:** Of the patients, 57.58% were male, with a mean age of 66.67 ± 13.60 years. The most frequent comorbidity was a history of pulmonary tuberculosis (66.67%). The leading cause of hemoptysis was bronchiectasis (72.73%), and respiratory failure occurred in 9.09% of cases. Chest CT-scan revealed specific lesions in 96.97% of patients, and 100% showed bronchial artery morphological changes on digital subtraction angiography. Immediate treatment success was achieved in 96.97% of patients, with an early recurrence rate of 6.06. Post-procedural complications included chest pain (9.09%) and nausea (3.03%), all of which were self-limiting. **Analysis** showed no association between age, sex, or cause of hemoptysis and treatment outcomes. **Conclusion:** Endovascular intervention appears to be a highly effective and safe option for the management of hemoptysis.

Keywords: hemoptysis, endovascular intervention, bronchial artery embolization, digital subtraction

* Tác giả liên hệ : Nguyễn Văn Hoàng, Email: nguyenvanhoang.yb.daklak@gmail.com

(Ngày nhận bài: 13/11/2025; Ngày nhận bản sửa: 06/12/2025; Ngày duyệt đăng: 08/12/2025)

angiography (DSA)

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho ra máu (HRM) là một cấp cứu nội khoa thường gặp trong bệnh lý hô hấp ở nước ta đặc biệt là các bệnh viện chuyên ngành lao và bệnh phổi. Nguyên nhân HRM rất đa dạng, bao gồm các bệnh của phế quản, nhu mô phổi và những bệnh lý khác ngoài phổi. Nguyên nhân có sự khác biệt giữa các quốc gia và vùng lãnh thổ trên thế giới. Ở các nước công nghiệp hóa nguyên nhân HRM thường gặp nhất là do giãn phế quản, viêm phế quản và ung thư phổi, tuy nhiên tại các nước đang phát triển, lao phổi là nguyên nhân hàng đầu gây HRM [1 - 3]. Các phương pháp điều trị HRM bao gồm: Điều trị nội khoa, nội soi cầm máu, điện quang can thiệp gây tắc động mạch phế quản, phẫu thuật cắt phân thùy, thùy phổi tổn thương. Về mặt kinh điển phẫu thuật được xem là phương thức điều trị cuối cùng. Tuy nhiên, các bệnh nhân ho ra máu thường đến với tình trạng giảm nặng chức năng phổi và có thể mang nhiều bệnh lý khác. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật vào khoảng 18% và có thể gia tăng đến 40% nếu bệnh nhân đến trong tình trạng cấp cứu [4]. Can thiệp nội mạch trên những bệnh nhân ho ra máu được thực hiện đầu tiên bởi Rémy năm 1973 và dần trở thành một phương thức điều trị chính trong các trường hợp ho ra máu nặng hoặc kéo dài [5], cho đến nay tỷ lệ này ngày càng được tăng cao từ 86 - 99% [6]. Đồng thời, các biến chứng sau thủ thuật như đau ngực, nôn ói ... đều nhẹ, tự giới hạn, biến chứng nặng như nhồi máu tử cung ít gặp (1.4%) [6]. Do đó đây là một phương thức điều trị hiệu quả và an toàn. Tại Việt Nam đã có một số bệnh viện lớn đã thực hiện kỹ thuật này và có nhiều kết quả tích cực. Tỷ lệ thành công cao về mặt kỹ thuật và lâm sàng với tỷ lệ biến chứng có thể chấp nhận được [1]. Tuy nhiên các nghiên cứu này có kết quả khác nhau, và số lượng nghiên cứu còn hạn chế. Do vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Đánh giá hiệu quả bước đầu điều trị bệnh nhân ho ra máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai".

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 33 bệnh nhân được chẩn đoán và tiến hành thủ thuật can thiệp nội mạch dưới số hóa xóa nền để điều trị ho ra máu tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai từ tháng 01/2023 đến tháng 9/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Ho ra máu mức độ nặng, trung bình, tái phát hoặc kéo dài; Ho ra máu không đáp ứng điều trị nội khoa; Bệnh nhân đồng ý tham gia; Hồ sơ nghiên cứu có đầy đủ các thông tin phục vụ nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Suy thận, suy gan; Dị ứng thuốc cản quang; Rối loạn đông máu nặng; Phù phổi cấp; Hẹp động mạch phổi, thuyên tắc phổi; Bệnh nhân không đồng ý nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, nghiên cứu tiến cứu có theo dõi dọc.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ lấy 33 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong nghiên cứu trong khoảng thời gian 01/2023- 9/2025.

- **Quy trình can thiệp:**

+ Chúng tôi tiến hành thủ thuật can thiệp tại phòng DSA, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai, trên máy chụp mạch máu số hóa xóa nền 1 bình diện Artis Zee (hãng Siemens, Cộng hòa Liên bang Đức).

+ Vật liệu thuyên tắc chính: Contour 350-500, 500-710 μ m (hạt PVA) của hãng Boston scientific Cork ltd, Histoacryl (NBCA) hãng B. Braun. Catheter dùng trong can thiệp là loại 5F hoặc 4F.

+ Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch

Thành công tức thời về mặt lâm sàng: Ngưng ho ra máu đỏ hoặc lượng máu cũ <30ml/24h trong vòng 24 giờ sau can thiệp [1].

Thất bại về mặt lâm sàng: Còn ho ra máu đỏ tươi hoặc lượng máu đỏ bầm >100ml trong vòng 24h can thiệp [1].

Tái phát sớm ho ra máu: Bệnh nhân ho ra máu lại < 1 tháng sau can thiệp [1].

+ Tiêu chí dừng can thiệp: Sau khi thuyên tắc hoàn toàn nhánh động mạch phế quản bệnh lý gây ho ra máu.

- Nội dung nghiên cứu:

- + Đặc điểm chung: Giới tính, tuổi.
- + Đặc điểm lâm sàng: Lý do vào viện, triệu chứng kèm theo, bệnh nền, nguyên nhân ho ra máu, mức độ ho ra máu, biến chứng ho ra máu.
- + Đặc điểm cận lâm sàng: Công thức máu, đông máu, sinh hóa máu, Xquang ngực, Cắt lớp vi tính lồng ngực, hình ảnh chụp mạch số hóa xóa nền động mạch phế quản (dấu hiệu, động mạch chính, động mạch hệ thống không phế quản bệnh lý).
- + Kết quả điều trị: Tỷ lệ thành công tức thời, tỷ lệ tái phát sớm, biến chứng.
- + Phân tích mối liên quan giữa tuổi, giới, nguyên nhân ho ra máu với kết quả điều trị.

- Phương pháp phân tích, xử lý số liệu

- + Xử lý dữ liệu bằng phần mềm Stata 15.1.
- + Dùng phép kiểm chính xác Fisher (exact Fisher test) nếu có > 25% số ô trong bảng có tần số kỳ vọng nhỏ hơn 5.
- + Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 33 bệnh nhân ho ra máu được thực hiện thủ thuật can thiệp nội mạch dưới số hóa xóa nền từ tháng 01/2023 đến tháng 9/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai. Chúng tôi thu được một số kết quả sau.

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**Bảng 1.** Phân bố HRM theo giới

Giới	Ho ra máu (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	19	57.58
Nữ	14	42.42
Tổng	33	100

Nhận xét: Nam giới chiếm ưu thế với tỉ lệ 57.58%, so với nữ giới 42.42%.

Bảng 2. Tuổi bệnh nhân HRM

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Cao nhất
Tuổi	66.67	13.60	29	86

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 66.67 ± 13.60 tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 29 tuổi, lớn tuổi nhất là 86 tuổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh chụp mạch và thuyên tắc động mạch phế quản dưới số hóa xóa nền trên bệnh nhân ho ra máu**Bảng 3.** Lý do vào viện và triệu chứng kèm theo trên bệnh nhân HRM

Đặc điểm	Tính chất	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Ho ra máu	32	96.97
Triệu chứng kèm theo	Ho đàm	32	96.97
	Sốt	4	12.12
	Khó thở	7	21.21
	Đau ngực	6	18.19
	Ran ở phổi	11	33.33
	Khác	0	0
	Không	0	0

Nhận xét: 96.97% vào viện với lý do ho ra máu, và còn 1 trường hợp còn lại vào viện vì khó thở ho, sau đó ho ra máu trong thời gian nằm viện. Triệu chứng kèm theo nhiều nhất là ho đàm (96.97%), ran ở phổi (33.3%) và khó thở 21.21%, đau ngực 18.19%.

Bảng 4. Bệnh nền bệnh nhân HRM

Đặc điểm	Tính chất	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh nền	Lao phổi cũ	22	66.67
	Giãn phế quản	21	63.63
	Nấm phổi	3	9.09
	Ung thư phổi	2	6.06
	Tăng huyết áp	2	6.06
	Không	2	6.06

Nhận xét: Tiền sử cao nhất là lao phổi chiếm 66.67%, tiếp đến là giãn phế quản 63.63%, thấp nhất là ung thư phổi và nấm phổi 6.06%.

Bảng 5. Nguyên nhân HRM

Đặc điểm	Tính chất	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân ho ra máu	Lao phổi	1	3.03
	Giãn phế quản	24	72.73
	Nấm phổi	5	15.15
	Ung thư phổi	0	0
	Viêm phổi	3	9.09
	Khác	0	0

Nhận xét: Nguyên nhân ho ra máu cao nhất là giãn phế quản chiếm 72.73%, tiếp đến là nấm phổi chiếm 15.15%, viêm phổi 9.09%.

Bảng 6. Mức độ Ho ra máu

Đặc điểm	Tổng ml	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ ho ra máu	Nhẹ (< 50)	0	0
	Trung bình (50 - 200)	15	45.45
	Nặng (≥ 200)	28	54.55

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ho ra máu mức độ nặng $V \geq 200$ mL chiếm 54.5%, còn lại là ho ra máu mức độ trung bình chiếm 45.45%.

Bảng 7. Biểu chứng ho ra máu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Suy hô hấp	3	9.09
Tụt huyết áp	0	0
Thiếu máu	15	45.45
Xẹp phổi	0	0
Tử vong	0	0

Nhận xét: Biểu chứng suy hô hấp chiếm 9.09%, Thiếu máu chiếm tỉ lệ 45.45%, không ghi nhận trường hợp tụt huyết áp, xẹp phổi và tử vong trong nghiên cứu.

Bảng 8. Đặc điểm xét nghiệm huyết học và sinh hóa của bệnh nhân HRM

Đặc điểm	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
RBC (M/uL)	4.33	3.31	6.39
HGB (g/dL)	12.65	8	20.4
HCT (%)	38.19	18.6	62.7
PLT (K/uL)	277.76	113	724
eGFR (mL/phút/1.73m ²)	87.78	41.5	127.1
PT (s)	12.25	10.1	18.6
APTT (s)	30.88	23.9	59.1

Nhận xét: Số lượng hồng cầu trung bình là $4.33 \times 10^{12}/L$. Hemoglobin trung bình 12.65g/dL. Hematocrite trung bình 38.19%. Số lượng tiểu cầu trung bình $272.11 \times 10^9/L$. Độ lọc cầu thận trung bình 87.78 mL/phút/1.73m² da. PT trung bình 12.25 giây. APTT trung bình 30.88 giây.

Bảng 9. Đặc điểm X quang và CT scan ngực của bệnh nhân HRM

Đặc điểm	Tính chất	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
X quang ngực	Bất thường	33	100
	Bình thường	0	0
CT ngực	Đặc hiệu	32	96.97
	Không đặc hiệu	1	3.03

Nhận xét: 100% trường hợp ghi nhận bất thường X quang ngực. 96.97% trường hợp có tổn thương đặc hiệu trên CT-scan ngực.

Bảng 10. Hình ảnh của động mạch bệnh lý trên DSA

Đặc điểm DSA	Tính chất	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu chụp mạch	Phi đại gốc, mạch máu ngoằn ngoèo	12	36.36
	Tăng sinh mạch máu ngoại biên	32	96.97
	Thông nối	7	21.21
	Thoát thuốc cản quang	1	3.03
	Túi phình	1	3.03
Động mạch chính	Động mạch PQ Phải	29	87.88
	Động mạch phế quản Trái	26	78.79
Động mạch không hệ thống phế quản bệnh lý	Động mạch phế quản liên sườn	1	3.03
	Động mạch liên sườn	1	3.06
	Nhánh Động mạch dưới đòn	6	18.18

Nhận xét: Các dấu hiệu trên DSA ghi nhận 100% có thay đổi hình dạng động mạch phế quản, hay gặp nhất là tăng sinh mạch máu ngoại biên chiếm 96.97%, động mạch chính gây ho ra máu là động mạch phế quản phải chiếm 87.88%.

3.3. Kết quả điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch

Bảng 11. Kết quả điều trị HRM

Đặc điểm	Tính chất	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thành công tức thời	Lâm sàng	32	96.97
Tái phát sớm	< 1 tháng	2	6.06

Nhận xét: 96.97% (32 bệnh nhân) thành công tức thời sau điều trị, chỉ 6.06% (2 trường hợp) tái phát sớm <1 tháng.

Bảng 12. Biến chứng sau can thiệp nội mạch

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau ngực	3	9.0
Nôn	1	3.0
Sốt	0	0
Tụ máu vị trí chọc dò	0	0
Nuốt khó	0	0
Biến chứng nặng (thuyên tắc động mạch tủy sống, thuyên tắc phổi, hoại tử phổi)	0	0

Nhận xét: Trong 33 trường hợp được can thiệp ghi nhận không có các biến chứng tụ máu vị trí chọc dò, nuốt khó, sốt và các biến chứng nặng như thuyên tắc động mạch tủy sống, thuyên tắc phổi hay hoại tử phổi. còn lại có ghi nhận 3 trường hợp đau ngực 9.09% và 1 trường hợp nôn sau can thiệp chiếm tỉ lệ 3.03%.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân ho ra máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch

Bảng 13. Liên quan giữa tuổi, giới với kết quả điều trị HRM

Kết quả		Thành công tức thời	Thất bại	Tổng	p*
Đặc điểm		N	N	N	
Tuổi	< 60	13	0	13	0.606
	≥ 60	19	1	20	
Giới	Nam	19	0	19	0.424
	Nữ	13	1	14	

* Phép kiểm Fisher's exact test

Nhận xét: Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa các nhóm tuổi, giới tính không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Bảng 14. Liên quan giữa nguyên nhân với kết quả điều trị HRM

Kết quả		Thành công tức thời	Thất bại	p*
Đặc điểm		N	N	
Lao phổi		1	0	1
Giãn phế quản		23	1	
Nấm phổi		5	0	
Viêm phổi		3	0	
Tổng		32	1	

* Phép kiểm Fisher's exact test

Nhận xét: Sự khác biệt về kết quả điều trị tức thời giữa các nguyên nhân ho ra máu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Bảng 15. Liên quan giữa nguyên nhân với HRM tái phát

Kết quả		Tái phát sớm	Không tái phát	p*
Đặc điểm		N	N	
Lao phổi		0	1	0.477
Giãn phế quản		1	23	
Nấm phổi		1	4	
Viêm phổi		0	3	
Tổng		2	31	

* Phép kiểm Fisher's exact test

Nhận xét: Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nguyên nhân ho ra máu và tình trạng tái phát sớm sau điều trị ($p > 0.05$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rằng trong tổng 33 trường hợp tham gia nghiên cứu, trong đó nam giới chiếm tỉ lệ 57.58%, tuổi trung bình của bệnh nhân là 66.67 tuổi (từ 29 - 86 tuổi). Nghiên cứu chúng tôi tương đồng với các tác giả như: Shao H. ghi nhận có 185 nam (53.94%) và 158 nữ (46.06%) [5], tuổi trung bình là 57 tuổi (từ 17 - 83 tuổi). Nguyễn Văn Tiến Bảo ghi nhận 63% là nam giới, 37% là nữ giới, tuổi trung bình là 50 ± 14.7 tuổi (19 - 79 tuổi) [1], Tỉ lệ HRM ở nam giới thường cao hơn so với nữ giới, có thể liên quan đến cường độ lao động và lối sống ở nam giới có nhiều nguy cơ, nhiều thói quen sinh hoạt không tốt như hút thuốc lá, uống rượu bia... gây ra ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe nên dễ mắc các bệnh lí đường hô hấp từ đó dẫn đến tỉ lệ HRM ở nam giới thường cao hơn.

Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân HRM thường đa dạng, không đặc hiệu, tuy nhiên chính các triệu chứng đó lại là yếu tố thuận lợi thúc đẩy bệnh nhân vào viện đồng thời cùng với HRM giúp cho bác sĩ định hướng được nguyên nhân HRM và chỉ định xét nghiệm cũng như can thiệp phù hợp, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 96.97% (32/33 ca) vào viện với lí do ho ra máu, còn lại một trường hợp vào

viện vì ho, khó thở sau đó diễn tiến ho ra máu trong thời gian nằm viện. Tiền sử bệnh nền cao nhất là lao phổi chiếm 66.67%, tiếp đến là giãn phế quản 63.63%, thấp nhất là nấm phổi và ung thư phổi chiếm tỉ lệ 6.06%. Các tác giả khác cũng có kết quả tương tự như: Nguyễn Văn Tiến Bảo ghi nhận: 91.4% lí do nhập viện là ho ra máu, có 64.7% có tiền sử lao phổi trước đó [1]. Trần Công Khánh ghi nhận 100% lí do vào viện là ho ra máu, tiền căn lao phổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 48.5%, suy hô hấp chiếm tỉ lệ 15.2% [7]. Tương tự theo Seyyedi S.R. và cộng sự ghi nhận ho ra máu mức độ trung bình ở 29 bệnh nhân (42.6%) và 39 bệnh nhân (57.4%) ho ra máu nặng [8]. Về triệu chứng đi kèm: Theo Nguyễn Văn Tiến Bảo khó thở là triệu chứng thường gặp nhất (74.2%), ran ở phổi chiếm 65.7% ở các bệnh nhân [1], khác ở nghiên cứu chúng tôi là ho đàm, ran ở phổi thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 96.97%, và 33.3% có thể vì mẫu trong nghiên cứu Nguyễn Văn Tiến Bảo là bệnh nhân nằm ở tuyến cuối (Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch) tình trạng bệnh nặng hơn, khó thở nhiều hơn, bệnh nhân có tình trạng suy hô hấp cao hơn (40% so với 9.09%), còn bệnh nhân chúng tôi tiền căn lao phổi, giãn phế quản cao hơn nên ho đàm có tỉ lệ cao, kết hợp với ran ở phổi chiếm tỉ lệ cao hơn. Nguyên nhân ho ra máu cao nhất là giãn phế quản chiếm tỉ lệ 72.73%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Abid N. và cộng sự ghi nhận nguyên nhân ho ra máu cao nhất là giãn phế quản với 32.6%, u phổi với 26% và lao với 8.6% [9], Nguyễn Văn Tiến Bảo ghi nhận: 37.1% giãn phế quản là nguyên nhân gây ho ra máu hàng đầu, lao phổi hoạt động chiếm 20%, nấm phổi 14.3%, nhiễm trùng hô hấp không do lao phổi chiếm 14.3% [1]. Trần Công Khánh Nguyên nhân ho ra máu cao nhất là giãn phế quản chiếm 39.4%, còn lại là 15.2% là lao phổi, 6.1% là nấm phổi, 3% là ung thư phổi [7]. U nấm phổi cũng là một nguyên nhân quan trọng liên quan nhiều đến tiên lượng tái phát của ho ra máu, tỉ lệ U nấm phổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 15.15% tương đồng với nghiên cứu Dorji K là 20% [10]. Mặc dù tỉ lệ các nguyên nhân HRM có sự khác nhau giữa các nghiên cứu, tuy nhiên tất cả các nghiên cứu trên đều cho thấy rằng tỉ lệ HRM do lao đang có xu hướng giảm dần, ngược lại tỉ lệ HRM do giãn phế quản và viêm phổi, ung thư phổi lại có xu hướng đang tăng lên. Nguyên nhân có thể là do hiệu quả của các chương trình chống lao quốc gia, bệnh nhân lao phổi được chẩn đoán và điều trị sớm từ đó dẫn đến giảm các biến chứng, di chứng của bệnh. 100% ghi nhận bất thường X-quang ngực, 96.97% tổn thương đặc hiệu trên CT-scan ngực. Tổn thương CT ngực đặc hiệu cũng tương đồng với kết quả theo nghiên cứu của Agmy G.M. 93.9% [11], tuy nhiên về bất thường trên X-quang của chúng tôi là 100%, khác với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Tiến Bảo 83% [1], Nguyễn Công Khánh 87.9% [7], Agmy G.M. 84.2% [11], điều này có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nền lao phổi cũ, tổn thương giãn phế quản, nấm phổi cao, để lại bất thường trên X-quang ngực. Trong nghiên cứu của chúng tôi các dấu hiệu hình ảnh DSA ghi nhận 100% có thay đổi hình dạng động mạch phế quản, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tiến Bảo [1], Trần Công Khánh [7]. Về động mạch chính gây ho ra máu là động mạch phế quản phải chiếm 87.88%, tiếp đến là động mạch phế quản trái 78.78% sau đó là các nhánh phế quản liên sườn, nhánh của động mạch dưới đòn, nghiên cứu của Shao H. và cộng sự ghi nhận nguồn chảy máu chính là động mạch phế quản phải (29.7%), tiếp đến là động mạch phế quản trái (21.6%) [5], nghiên cứu của Nguyễn Công Khánh động mạch phế quản phải chiếm 69.7%, tiếp đến là động mạch phế quản trái chiếm 36.4% [7]. Tỉ lệ về số động mạch chính gây ho ra máu của chúng tôi cao hơn so với 2 nghiên cứu trên là do nguyên nhân ho ra máu trong nghiên cứu của chúng tôi là giãn phế quản chiếm tỉ lệ cao 72.73% nên nhiều nhánh động mạch đến cấp máu vùng giãn phế quản. Phần lớn các động mạch bệnh lý được xác định thông qua các dấu hiệu tăng sinh mạch máu ngoại biên (96.97%), phì đại gốc, mạch máu ngoằn ngoèo (36.36%), thông nối (21.21%), túi phình (3.03%). Tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tiến Bảo tăng sinh mạch máu ngoại biên (93.9%), phì đại gốc, mạch máu giãn ngoằn ngoèo (86.4%), thông nối (39.5%), túi phình (9.9%), thoát mạch (3.03%) [1]. Sự xuất hiện của dấu hiệu thông nối có ý nghĩa trong lựa chọn vật liệu thuyên tắc, không sử dụng các vật liệu thuyên tắc có kích thước < 300 um để tránh nguy cơ hoại tử phổi.

Chúng tôi ghi nhận 32/33 bệnh nhân chiếm lệ 96.97% thành công tức thời về mặc lâm sàng (ngưng ho ra máu đỏ tươi trong vòng 24h), theo dõi đến thời gian 1 tháng ghi nhận 2 ca (chiếm 6.06%) tái phát sớm. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Tiến Bảo thành công tức thời

97.5%, tái phát sớm < 1 tháng 3.8% [1], Trần Công Khánh thành công tức thời 97%, tái phát sớm < 1 tháng 3% [7]. Tỷ lệ này cũng tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới như trong nghiên cứu của Abid N. là 97.5% [9]. Không ghi nhận các biến chứng nặng (Nhồi máu tủy sống, thuyên tắc phổi, hoại tử phế quản), chủ yếu là các hội chứng hậu thuyên tắc đau ngực (3 trường hợp), nôn (1 trường hợp) đa số tự giới hạn. Tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới và trong nước theo Nguyễn Văn Tiên Bảo (đau ngực 28.6%, nôn 17.1%), Trần Công Khánh (24.2% đau ngực), vậy kỹ thuật này tương đối an toàn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa nhóm tuổi và giới tính với kết quả điều trị ho ra máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch, mặc dù những bệnh nhân ho ra máu từ 60 tuổi trở lên và nữ giới có kết quả thất bại cao hơn so với bệnh nhân dưới 60 tuổi và nữ giới, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Lâm [12]. NC cho thấy không có mối liên hệ giữa nguyên nhân ho ra máu với thất bại, cũng như thất bại sớm trong điều trị ho ra máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch với $p > 0.05$. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có một trường hợp thất bại với phương pháp can thiệp mạch với nguyên nhân giãn phế quản, và 2 trường hợp tái phát sớm do nguyên nhân giãn phế quản và nấm phổi, mặc dù nghiên cứu của chúng tôi là không có mối liên quan giữa nguyên nhân HRM với thất bại, tái phát sớm sau can thiệp nội mạch nhưng theo y văn U nấm và giãn phế quản vẫn là nguyên nhân dễ là thất bại và tái phát sớm [13], có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ nên dẫn đến không có mối liên quan.

5. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị ho ra máu xâm lấn tối thiểu, cho thấy hiệu quả cầm máu cao và độ an toàn được chứng minh, không xảy ra biến chứng nặng. Tỷ lệ tái phát sớm (6.06%) cần được theo dõi chặt, đặc biệt ở bệnh nhân có u nấm hoặc có tuần hoàn thông nối. Khuyến nghị theo dõi sớm nhóm nguy cơ tái phát, kết hợp chẩn đoán sớm bằng CT.

Đề tài còn những hạn chế như cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn là hai hạn chế chính của nghiên cứu. Điều này ảnh hưởng đến khả năng phát hiện các yếu tố liên quan một cách chính xác và hạn chế việc đánh giá hiệu quả lâu dài của can thiệp điều trị. Nghiên cứu trong tương lai nên mở rộng quy mô mẫu và kéo dài thời gian theo dõi để tăng độ tin cậy và tính khái quát của kết.

Ý nghĩa thực tế lâm sàng: Tại bệnh viện tuyến tỉnh, số lượng bệnh nhân ho ra máu còn nhiều, nên áp dụng phương pháp điều trị can thiệp nội mạch nhằm giảm số lượng bệnh nhân phải chuyển lên tuyến trên như trước đây và từ đó làm giảm chi phí điều trị, số ngày nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] N.V.T. Bảo và L.V Phước, “Vai trò của can thiệp nội mạch trong điều trị ho ra máu nặng,” *Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 101, 2017.
- [2] N.N. Hồng, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ho ra máu bằng phương pháp nút động mạch phế quản*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2015.
- [3] H.V. Sĩ, Q.T. Đức và L.T.V Vũ, *Tiếp cận các vấn đề nội khoa thường gặp 2023*, Nxb Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh, 2023.
- [4] T. B. Thắng, “Nội soi phế quản điều trị,” *Bệnh hô hấp (Dùng cho sau đại học)*, Học viện Quân Y, Hà Nội, 2012, tr. 474-483.
- [5] H. Shao, J. Wu, Q. Wu, X. Sun, L. Li, Z. Xing, and H. Sun, “Bronchial artery embolization for hemoptysis: A retrospective observational study of 344 patients,” *Chinese Medical Journal*, vol. 128, no. 1, pp. 58-62, 2015.
- [6] J. Y. Chun and A. M. Belli, “Immediate and long-term outcomes of bronchial and non-bronchial systemic artery embolisation for the management of haemoptysis,” *European Radiology*, vol. 20, no. 3, pp. 558-565, 2010.

- [7] T.C. Khánh, “Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ho ra máu và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ho ra máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch máu số hóa xóa nền tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ,” *Hội nghị Khoa học Kỹ thuật Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*, tr. 169-176, 2023.
- [8] F. Kucukay, O. M. Topcuoglu, A. Alpar, *et al.*, “Bronchial artery embolization with large sized (700-900 μ m) tris-acryl microspheres (Embosphere) for massive hemoptysis: Long-term results (clinical research),” *Cardiovascular and Interventional Radiology*, vol. 41, no. 2, pp. 225-230, 2018.
- [9] N. Abid, M. Loukil, A. Mokni, I. Badri, K. Bouzaidi, and H. Ghrairi, “Outcomes of bronchial artery embolization for the management of hemoptysis,” *La Tunisie Médicale*, vol. 99, no. 2, pp. 264-268, 2021.
- [10] K. Dorji, K. Hongsakul, W. Jutidamrongphan, M. Oofuvong, and S. Geater, “Bronchial artery embolization in life-threatening hemoptysis: Outcome and predictive factors,” *Journal of the Belgian Society of Radiology*, vol. 105, no. 1, p. 5, 2021.
- [11] G. M. Agmy, S. M. Wafi, Y. A. Gad, and H. M. Imam, “Bronchial and nonbronchial systemic artery embolization: Experience with 348 patients,” *Chest*, vol. 138, p. 265, 2010.
- [12] H.V. Lâm, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân ho ra máu tại Thái Nguyên*, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên, 2018.
- [13] A. Panda, A. S. Bhalla, and A. Goyal, “Bronchial artery embolization in hemoptysis: A systematic review,” *Diagnostic and Interventional Radiology*, vol. 23, no. 4, pp. 307-317, 2017.