

CẤP MÁU BẤT THƯỜNG ĐẾN NHU MÔ PHỔI BÌNH THƯỜNG TỪ TUẦN HOÀN HỆ THỐNG: NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Hoàng Văn Lương¹, Bùi Thanh Hiếu¹

TÓM TẮT

Cấp máu bất thường đến nhu mô phổi bình thường từ tuần hoàn hệ thống là một dị dạng mạch hiếm gặp, đặc trưng bởi sự tưới máu bổ sung từ động mạch hệ thống đến một thùy hoặc phân thùy phổi mà ở đó các cấu trúc phế quản cũng như hệ động - tĩnh mạch hoàn toàn bình thường. Tình trạng này thường được phát hiện tình cờ do bệnh diễn biến âm thầm, không có triệu chứng rõ ràng hoặc chỉ biểu hiện bằng các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Việc chẩn đoán sớm và chính xác đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và phòng ngừa các biến chứng, đặc biệt là ho ra máu và tử vong. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương với các triệu chứng lâm sàng không điển hình. Cả hai trường hợp đều được chẩn đoán trước mổ là phổi biệt lập, tuy nhiên kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cho thấy nhiều đặc điểm phù hợp hơn với chẩn đoán cấp máu bất thường đến nhu mô phổi bình thường. Từ đó, chúng tôi mong muốn được chia sẻ kinh nghiệm cùng các đồng nghiệp để phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác những trường hợp như vậy, góp phần hạn chế các biến chứng và cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

Từ khóa: Cấp máu bất thường đến nhu mô phổi bình thường từ tuần hoàn hệ thống không phải phổi biệt lập, ho ra máu.

SUMMARY

ANOMALOUS SYSTEMIC ARTERIAL SUPPLY TO NORMAL LUNG (ASANL): REPORT OF TWO CASES EXAMINED AND TREATED AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Anomalous systemic arterial supply to normal lung (ASANL) is a rare vascular anomaly, typically characterized by the presence of an accessory systemic arterial blood supply to a lobe or segment of the lung, in which the bronchial structures and pulmonary arterial-venous systems are completely normal. This condition is frequently incidentally discovered due to it typically progresses silently without symptoms or with non-specific clinical manifestations. Early and accurate diagnosis is essential to prevent complications, particularly life-threatening hemoptysis. We report two cases examined and managed at the National Lung Hospital, both of which presented with atypical or absent

respiratory symptoms. Preoperative diagnoses in both patients suggested pulmonary sequestration; however, postoperative histological findings revealed features more consistent with anomalous systemic arterial supply to normal lung. Through these cases, we aim to share our experience and promote early recognition and accurate diagnosis of this condition, thereby supporting optimal management and prevention of severe complications.

Keywords: Anomalous systemic arterial supply to normal lung without sequestration, hemoptysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấp máu bất thường đến nhu mô phổi bình thường từ tuần hoàn hệ thống là một dị dạng mạch hiếm gặp, đặc trưng bởi sự tưới máu bổ sung từ động mạch hệ thống đến một thùy hoặc phân thùy phổi mà ở đó các cấu trúc phế quản cũng như hệ động - tĩnh mạch hoàn toàn bình thường [1]. Tình trạng này thường được phát hiện tình cờ khi người bệnh kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc khám và điều trị các bệnh lý khác không liên quan đến hô hấp do bệnh diễn biến âm thầm, không có triệu chứng rõ ràng hoặc chỉ biểu hiện bằng các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu [2-3]. Tỷ lệ mắc bệnh thực tế hiện vẫn chưa rõ ràng do tính chất hiếm gặp và thiếu các nghiên cứu dịch tễ học quy mô lớn [1,4]. Tuy nhiên, nhờ sự phát triển và phổ biến của các kỹ thuật hình ảnh độ phân giải cao, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CT angiography), ngày càng có nhiều trường hợp được phát hiện. Việc chẩn đoán sớm và chính xác đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị cũng như tiên lượng bệnh, từ đó ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng xảy ra, đặc biệt là ho ra máu nặng, ho máu tái phát do dòng máu hệ thống áp lực cao gây tổn thương nhu mô phổi [5].

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Ca bệnh 1. Bệnh nhân nữ 28 tuổi, địa chỉ Nam Định. Nghề nghiệp tự do. Bệnh nhân nhập viện ngày 08/09/2023 với lý do ho ra máu và tức ngực. Tiền sử bản thân đã được điều trị ho ra máu một lần cách đây hai năm. Tiền sử gia đình không có ai mắc bệnh lý liên quan. Cách vào viện một tháng bệnh nhân xuất hiện ho ra khoảng 5ml máu đỏ tươi, tức ngực nhẹ, không sốt, không khó thở. Bệnh nhân khám và điều trị tại y tế cơ sở 20 ngày hết ho máu, còn tức ngực,

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Lương

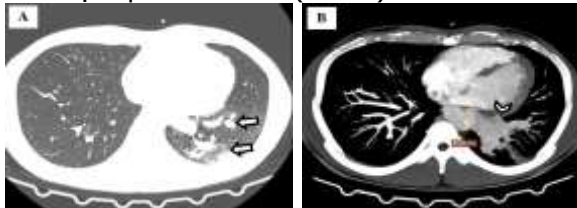
Email: bshoangluong@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

người mệt mỏi nên chuyển bệnh viện Phổi Trung ương. Khám lúc vào viện: Bệnh nhân thể trạng trung bình (BMI: 19,5), tỉnh, không sốt (37.7°C), da niêm mạc hồng, không ho ra máu. Nhịp tim 86 l/p, SpO₂ 97%, nhịp thở 20 l/p. Nghe phổi có ít ran ẩm rải rác hai phổi. Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. Các xét nghiệm công thức máu: WBC 11.11 G/L, NEU% 86.9%, CRP 0.3 mg/L. Siêu âm tuyến giáp, tim và ổ bụng không thấy bất thường. Bệnh nhân sau đó được chụp phim CLVT lồng ngực có tiêm thuốc cản quang. Kết quả CLVT trước tiêm cho thấy hình ảnh kính mờ kèm giãn các mạch máu nhu mô phổi lan tỏa thùy dưới phổi trái. Hình ảnh sau tiêm thuốc cho thấy động mạch cấp máu cho phân thùy S8, S9 và S10 phổi trái xuất phát trực tiếp từ thành trước động mạch chủ ngực với đường kính gốc 23 mm trong khi đó động mạch cấp máu cho phân thùy S6 và S7 vẫn xuất phát từ động mạch thùy dưới phổi trái. Phân bố cây phế quản các phân thùy này vẫn bình thường và tĩnh mạch dẫn lưu tương ứng đều đổ về nhĩ trái thông qua tĩnh mạch phổi dưới trái (hình 1).



Hình 1: Phim CLVT lồng ngực có tiêm thuốc cản quang mặt phẳng axial

A: Hình ảnh trên cửa sổ nhu mô cho thấy kính mờ và giãn các mạch máu so với phổi bên đối diện (mũi tên trắng). B: Hình ảnh trên cửa sổ trung thấp có dựng MIP cho thấy động mạch cấp máu bất thường cho phổi xuất phát từ thành trước bên động mạch chủ ngực (đầu mũi tên trắng).

Các bác sĩ đã nhanh chóng tiến hành hội chẩn đa chuyên khoa, đưa ra chẩn đoán cuối cùng là phổi biệt lập thùy dưới phổi trái và đề xuất phương pháp điều trị là phẫu thuật nội soi cắt thùy dưới phổi trái. Với sự đồng ý của gia đình, bệnh nhân đã được phẫu thuật vào ngày 18/09/2025. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cho thấy tổ chức phổi có tình trạng sung huyết; vùng cạnh phế quản lớn xuất hiện các mạch máu giãn rộng, hình thành phình mạch, thành mạch xơ vữa kèm theo viêm mạn tính. Tuy nhiên, nhu mô phổi xung quanh vẫn còn bảo tồn cấu trúc mô học của phổi bình thường (Hình 2). Những đặc điểm này ủng hộ chẩn đoán bất thường cấp máu từ hệ thống đến nhu mô phổi bình thường, thay vì phổi biệt lập như nhận định ban đầu trước mổ. Sau phẫu thuật 1 ngày, bệnh

nhân được chụp phim Xquang ngực tại giường kiểm tra thấy phổi trái giảm thể tích do đã phẫu thuật thùy dưới, hai trường phổi còn lại sáng đều, góc sườn hoành hai bên nhọn. Bệnh nhân được ra viện ngày 25/06/2025 trong tình trạng ổn định.

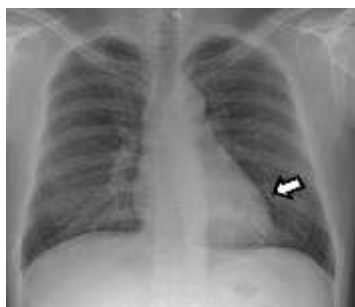


Hình 2: Bệnh phẩm sau phẫu thuật nội soi cắt thùy dưới phổi trái

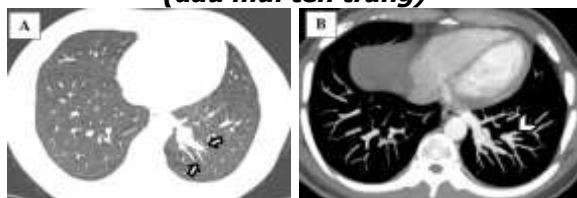
(A): Có hình ảnh mạch nuôi bất thường tách ra từ động mạch chủ ngực đi vào cấp máu cho một phần thùy dưới phổi trái. Kết quả giải phẫu bệnh bệnh phẩm sau mổ (B): Với tiêu bản nhuộm HE x50 và HE x100 thấy hình ảnh một số mạch máu giãn rộng hoặc tạo các phình mạch nhỏ ĐK 2 - 3cm. Thành mạch có nhiều đoạn gấp khúc, mất cấu trúc mô học bình thường, một số vùng thoái hóa mỡ và lắng đọng tinh thể cholesterol, một số vùng có kèm viêm mạn tính xâm nhập nhiều lympho bào (đầu mũi tên). Trong nhu mô phổi vẫn nhận thấy các vùng phế nang có trao đổi, mô phế quản còn có cấu trúc mô học bình thường, xen kẽ các vùng sung huyết, nhiều hồng cầu và đại thực bào sắc tố.

Ca bệnh 2. Bệnh nhân nam 35 tuổi, địa chỉ Bắc Ninh. Nghề nghiệp tự do. Bệnh nhân đi khám ngày 27/06/2025 với lý do làm hồ sơ sức khỏe đi nước ngoài. Tiền sử bản thân và gia đình không có gì đặc biệt. Khám lúc vào viện: Bệnh nhân thể trạng trung bình (BMI: 20), tỉnh, không sốt (37.5°C), da niêm mạc hồng, ho ít không có đờm, không khó thở, nhịp thở 20 l/p. Khám tim phổi bình thường, các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. Các xét nghiệm công thức máu: WBC 8.2 G/L, NEU% 75.5 %, CRP 0.5 mg/L. Siêu âm tuyến giáp, tim, ổ bụng bình thường. Bệnh nhân được chụp phim Xquang ngực cho thấy hình ảnh nghi ngờ có đám mờ không đồng nhất thùy dưới phổi trái ngang mức móm tim (hình 3). Sau đó bệnh nhân được chụp phim CLVT lồng ngực, kết quả CLVT trước tiêm cho thấy hình ảnh kính mờ, dày tổ chức kẽ kèm giãn các mạch máu nhu mô phổi lan tỏa thùy dưới phổi trái. Hình ảnh sau tiêm thuốc cho thấy động mạch cấp máu cho phân thùy S10 phổi trái xuất phát trực tiếp từ thành trước động mạch chủ ngực với đường kính gốc 6mm trong khi đó động mạch cấp máu cho các phân thùy S6 đến S9 xuất phát từ động mạch thùy dưới phổi trái. Phân bố cây phế quản phân thùy S10 trái vẫn

bình thường và tĩnh mạch dẫn lưu tương ứng đổ về nhĩ trái thông qua tĩnh mạch phổi dưới trái (hình 4).



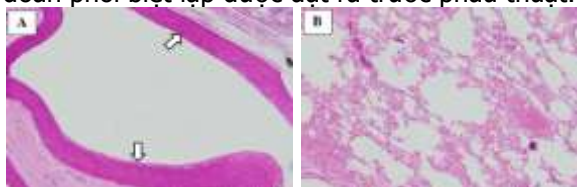
Hình 3: Phim chụp Xquang ngực thẳng cho thấy hình ảnh đám mờ không đồng nhất thùy dưới phổi trái ngang mức mỏm tim (đầu mũi tên trắng)



Hình 4: Phim CLVT ngực có tiêm thuốc cản quang

A: Hình ảnh trên cửa sổ nhu mô cho thấy hình ảnh kính mờ kèm giãn các mạch máu nhu mô phổi so với bên đối diện (mũi tên trắng). B: Hình ảnh sau tiêm có dựng MIP cho thấy động mạch cấp máu phổi xuất phát từ thành trước động mạch chủ ngực (đầu mũi tên trắng).

Qua quá trình hội chẩn đa chuyên khoa, các bác sĩ đã đưa ra chẩn đoán trước mổ cho bệnh nhân là phổi biệt lập với phương pháp điều trị là phẫu thuật nội soi cắt thùy dưới phổi trái. Ca phẫu thuật đã được tiến hành vào ngày 10/07/2025, mẫu bệnh phẩm sau phẫu thuật cho thấy mô phổi sung huyết, các mạch máu trong vùng nhu mô phổi giãn không đều với thành mạch có hình ảnh viêm mạn. Đáng chú ý, giống với bệnh nhân trước thì nhu mô phổi lân cận vẫn bảo tồn cấu trúc mô học bình thường và hoàn toàn có khả năng trao đổi khí (Hình 5). Kết quả này phù hợp với chẩn đoán bất thường cấp máu hệ thống đến phổi bình thường thay vì chẩn đoán phổi biệt lập được đặt ra trước phẫu thuật.



Hình 5: Kết quả giải phẫu bệnh bệnh phẩm sau mổ

A: Kết quả nhuộm HE x50 thấy hình ảnh mạch máu giãn rộng, có nơi tạo ổ phình mạch, kích thước phình mạch khoảng 2 – 2.5cm. Thành mạch có nhiều đoạn gấp khúc, mất cấu trúc mô học bình thường, một số vùng thoái hóa mỡ và lắng đọng tinh thể cholesterol. Một số vùng có kèm viêm mạn tính xâm nhập nhiều lympho bào (đầu mũi tên). B: Kết quả nhuộm HE x100 nhu mô phổi vẫn nhận thấy các vùng phế nang đã hoạt động trao đổi khí.

III. BÀN LUẬN

Cấp máu bất thường từ hệ đại tuần hoàn đến nhu mô phổi bình thường là một bất thường hiếm gặp. Theo y văn, căn nguyên gây ra dạng bất thường này có thể do bẩm sinh trong hoặc là hậu quả của tình trạng viêm nhiễm mạn tính [1]. Nguyên nhân bẩm sinh xuất phát từ sự bất thường trong quá trình phát triển phôi thai, cụ thể là do các nhánh động mạch chủ nguyên thủy cung cấp máu cho chồi phổi (lung bud) không thoái triển như bình thường [2]. Khi đó, chúng tiếp tục đưa máu với áp lực cao vào hệ mạch phổi (vốn có áp lực thấp) gây rối loạn huyết động tại vùng nhu mô phổi liên quan. Hậu quả là hình thành tình trạng tăng áp động mạch phổi khu trú, và nếu kéo dài, có thể dẫn đến giãn các mạch máu phổi, tăng áp động mạch phổi và suy tim [2]. Nguyên nhân mắc phải có thể liên quan đến tình trạng nhiễm trùng mạn tính hoặc giãn phế quản, dẫn đến sự tăng sinh của các nhánh động mạch hệ thống cấp máu đến nhu mô phổi [1].

Trước đây, nhóm bệnh này từng được xếp phổi biệt lập type 1 theo phân loại của Pryce (Pryce type 1 sequestration) [2-3]. Theo quan điểm của chúng tôi, tình trạng này không liên quan đến phổi biệt lập vì theo định nghĩa kinh điển của y văn, phổi biệt lập là khối mô phổi không có sự kết nối với cây khí – phế quản bình thường, không có trao đổi khí và được cấp máu bởi một nhánh động mạch hệ thống bất thường. Tuy nhiên, dựa trên đặc điểm mô học và mạch máu, tổn thương trong bất thường đang được đề cập có mô phổi và cấu trúc phế quản – tĩnh mạch phổi hoàn toàn bình thường, không bị tách rời (biệt lập) khỏi hệ hô hấp [7]. Ngoài ra, nếu coi mọi tổn thương phổi có nguồn cấp máu hệ thống là một dạng phổi biệt lập thì lại không hợp lý, ví dụ như trong các trường hợp nhu mô phổi bình thường nhận đồng thời máu từ động mạch phổi và động mạch hệ thống (dual supply), hoặc trong những trường hợp có di dạng thông nối trực tiếp giữa động mạch hệ thống và tĩnh mạch phổi [7]. Nhưng các trường hợp trên lại có sự tham gia trao đổi khí của chùm phế nang trong

khi phổi biệt lập lại không có. Như vậy khái niệm “phổi biệt lập” trở nên không còn phù hợp trong tình trạng này [7]. Những luận điểm trên cho thấy sự khác biệt về mặt bệnh sinh và hình thái so với phổi biệt lập điển hình. Do đó, việc phân biệt rõ ràng là cần thiết để định hướng chẩn đoán và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Hiện nay, dị dạng này thường được phân thành hai thể bệnh chính. Ở thể bệnh thứ nhất, nhu mô phổi được cấp máu duy nhất từ tuần hoàn hệ thống hay còn gọi là ISSNL (Isolated Systemic Arterial Supply to Normal Lung) – tức là nhu mô phổi hoàn toàn không nhận máu từ động mạch phổi. Trong khi đó ở thể bệnh thứ hai, nhu mô phổi nhận đồng thời máu từ cả hệ tuần hoàn hệ thống và động mạch phổi bình thường (dual supply). Cho đến nay, vẫn chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá tỷ lệ mắc giữa hai thể bệnh này. Tuy nhiên, theo các báo cáo ca bệnh được công bố, thể ISSNL được ghi nhận với tần suất cao hơn nhiều so với thể có cấp máu đồng thời (dual supply) [2-3]. Trong bài báo cáo này, cả hai ca bệnh chúng tôi trình bày đều thuộc thể ISSNL. Bệnh nhân thường không có triệu chứng trên lâm sàng và được phát hiện tình cờ trên hình ảnh học. Nếu bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng thì thường gặp nhất là ho ra máu (chiếm 39.5%) [8]. Nếu có bội nhiễm có thể có các triệu chứng không đặc hiệu của bệnh hô hấp thông thường như sốt, ho, khó thở và đau ngực [8]. Qua hai ca bệnh trên, chúng tôi nhận thấy rằng, kết quả giải phẫu bệnh ở cả hai trường hợp đều cho thấy hình ảnh thành mạch máu bất thường có biểu hiện thay đổi hình thái, xơ vữa và viêm mạn tính. Điều này có thể được giải thích rằng, do áp lực dòng máu từ tuần hoàn hệ thống cao đến nhu mô phổi thông qua mạch máu bất thường, dễ dàng gây tổn thương thành mạch theo thời gian, từ đó làm cho thành mạch viêm, thay đổi hình thái và ngày càng yếu. Nếu thành mạch bị tổn thương nặng dẫn đến bị vỡ, sẽ gây ra triệu chứng ho ra máu đột ngột trên lâm sàng [2]. Ngoài ra, bệnh nhân cũng có thể có các triệu chứng không đặc hiệu khác như khó thở, đau tức ngực, hội chứng nhiễm trùng, suy tim... Các triệu chứng này xảy ra là do tình trạng viêm nhiễm tại vùng bất thường, từ đó gây ra các triệu chứng hô hấp giống viêm phổi thông thường [2]. Về mặt hình ảnh học, phim chụp Xquang thường ít có giá trị vì hình ảnh không đặc hiệu, trong khi đó chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang hoặc chụp mạch là phương pháp không xâm lấn và có độ phân giải cao hơn phim Xquang rất nhiều [2]. Ưu điểm của chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang là đánh giá

được về nguồn gốc xuất phát, đường kính của gốc mạch và các phân thủy phổi được cấp máu từ động mạch bất thường từ tuần hoàn hệ thống [2]. CLVT cũng xác định tình trạng phân bố cây phế quản cũng như tĩnh mạch dẫn lưu và từ đó xác định chúng có bất thường hay không để bổ sung cho chẩn đoán và điều trị. Do vậy CLVT đóng vai trò quan trọng trong cả chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh. Nguồn gốc của động mạch cấp máu bất thường thường gặp nhất là từ động mạch chủ ngực. Hiếm hơn có thể gặp nguồn gốc động mạch từ động mạch chủ bụng, động mạch thân tạng, hoặc thậm chí là từ động mạch dưới đòn trái hoặc động mạch vú trong [3]. Có hai phương pháp điều trị chính là phẫu thuật hoặc gây tắc động mạch cấp máu bất thường. Theo nghiên cứu của Yamanaka cùng cộng sự tiến hành năm 1999 [7], phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn, triệt căn và ít tái phát hơn nên được lựa chọn nhiều hơn. Trong khi đó, ở một vài trường hợp khi nhu mô phổi vẫn còn chức năng thì có thể tiến hành gây tắc động mạch bất thường. Tuy nhiên, có nguy cơ biến chứng nhồi máu phổi hoặc tái thông mạch phổi sau gây tắc. Hai bệnh nhân chúng tôi đề cập ở trên đều được lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt bỏ thủy phổi và đạt được kết quả khả quan.

IV. KẾT LUẬN

Cấp máu bất thường từ tuần hoàn hệ thống đến nhu mô phổi bình thường không phải phổi biệt lập là một dị dạng hiếm gặp, có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải. Bệnh thường diễn tiến âm thầm, không có triệu chứng điển hình. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào hình ảnh cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang, tuy nhiên cần thận trọng vì dễ nhầm với phổi biệt lập. Việc nhận diện và xác định đúng bệnh lý này sớm sẽ giúp can thiệp kịp thời, cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng sống và phòng ngừa các biến chứng nghiêm trọng như ho ra máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baek W K, Cho J, Kim J T, et al** (2006). Systemic arterial supply to normal basal segments of the left lower lobe along with the pulmonary artery: Is lung resection warranted? *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2006, 742- 743. <https://doi.org/10.1016/j.itsvs.2005.10.053>
2. **Bhalla AS, Gupta P, Mukund A, et al** (2012). Anomalous systemic artery to a normal lung: A rare cause of hemoptysis in adults. *Oman Medical Journal*. 2012, 319-322. <https://doi.org/10.5001/omi.2012.79>
3. **Ibrahim D (n.d.)**. Anomalous systemic arterial supply to normal lung. *Radiopaedia*, 2024. <https://doi.org/10.53347/rID-61270>
4. **Irodi A, Cherian R, Keshava SN, et al** (2010).

- Dual arterial supply to normal lung: Within the sequestration spectrum. The British Journal of Radiology, 2014, e86-e89. <https://doi.org/10.1259/bjr/30458107>
5. **Luke K, Thomas R, Tudor G** (2020). An easily overlooked cause of haemoptysis and heart failure: Anomalous systemic arterial supply to normal lung. BJR Case Reports, 2019, Article 20190089. <https://doi.org/10.1259/bjrcr.20190089>
 6. **Tona E, Rizvi T, Haaspiel K D** (2015). Complex aortic arch anomaly: Right aortic arch with aberrant left subclavian artery, fenestrated proximal right and duplicated proximal left vertebral arteries - CT angiography findings and review of the literature. The Neuroradiology Journal, 2015, 438-443. <https://doi.org/10.1177/1971400915598075>
 7. **Yamanaka A, Hirai T, Fujiimoto T, et al** (1999). Anomalous systemic arterial supply to normal basal segments of the left lower lobe. The Annals of Thoracic Surgery, 1999, 332-338. [https://doi.org/10.1016/s0003-4975\(99\)00533-0](https://doi.org/10.1016/s0003-4975(99)00533-0)
 8. **Zhang YF, Zhao Q, Shi H** (2024). Prediction of hemoptysis in patients with anomalous systemic arterial supply to normal basal segments of the lower lobe using a combination of CT features and clinical materials. Journal of Thoracic Disease, 2024, 5846-5859. <https://doi.org/10.21037/jtd-24-738>

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2025

Nguyễn Thị Nghĩa¹, Nguyễn Thị Mai¹, Nguyễn Thị Lương¹,
Nguyễn Thị Hoa^{1,2}, Nguyễn Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2025 và phân tích các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 166 người bệnh được chẩn đoán rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe tâm thần từ tháng 3/2025 đến tháng 6/2025 và sử dụng bộ công cụ PSQI để phân loại và đánh giá mức độ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh. **Kết quả:** tỉ lệ có rối loạn giấc ngủ là 93,4%, trong đó mức độ nhẹ chiếm 33,7%, vừa chiếm 48,2%, và nặng chiếm 11,4%. Tỉ lệ người bệnh có rối loạn giấc ngủ trước khi khởi phát đợt loạn thần là 47,7%. Tuổi cao ($p<0,01$), sống một mình ($p=0,025$), có hoang tưởng ($p=0,010$) là các yếu tố làm tăng mức độ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. **Kết luận:** Rối loạn giấc ngủ là một vấn đề thường gặp và có mối liên quan chặt chẽ với rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. **Từ khóa:** PSQI, rối loạn giấc ngủ, đợt loạn thần cấp

SUMMARY

PREVALENCE OF SLEEP DISORDERS AMONG INPATIENTS WITH ACUTE AND TRANSIENT PSYCHOTIC DISORDERS TREATED AT BACH MAI HOSPITAL IN 2025
Objective: to describe the prevalence of sleep

disorders among inpatients with acute and transient psychotic disorders treated at Bach Mai Hospital in 2025 and analyze associated factors. **Methodology:** The cross-sectional study was conducted on 166 inpatients diagnosed with acute and transient psychotic disorders treated at the Institute of Mental Health from March 2025 to June 2025 and used the PSQI to classify and assess sleep disorders in patients. **Results:** the prevalence of sleep disorders was 93.4%, of which mild accounted for 33.7%, moderate accounted for 48.2%, and severe accounted for 11.4%. The percentage of patients with sleep disturbances before the onset of psychosis is 47.7%. Advanced age ($p<0.01$), living alone ($p=0.025$), having delusion ($p=0.01$) are factors that increase the level of sleep disturbances in patients with acute and transient psychotic disorders. **Conclusion:** Sleep disorders are common problems and are closely related to acute and transient psychotic disorders.

Keywords: PSQI, sleep disorders, acute psychotic episodes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (RLLTC) là một trong các rối loạn tâm thần hay gặp tại các cơ sở chăm sóc và quản lý sức khỏe tâm thần. RLLTC trong phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) được phân vào mã F23 – Các rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (1). RLLTC được đặc trưng bởi sự xuất hiện cấp tính, thường trong vòng 48 giờ và kéo dài không quá 14 ngày, của các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác, hành vi vô tổ chức, cảm xúc không phù hợp hoàn cảnh,... (1) Trong một báo cáo về gánh nặng bệnh tật toàn cầu ước tính gánh nặng của 12 bệnh tâm thần phổ biến từ năm 1990 đến năm 2019 cho thấy tâm thần phân liệt và các rối loạn

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nghĩa

Email: nguyennghiabm0985@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025