

2. **Misra D, Elbourne C, Vareli A et al (2019)**, "Challenges in managing proximal hypospadias: a 17-year single-center experience", *J Pediatr Surg*, 54(10), pg2125–2129.
3. **Castagnetti M, El-Ghoneimi A (2010)**, "Surgical management of primary severe hypospadias in children: systematic 20-year review", *J Urol*, 184(4), pg1469–1474
4. **Duckett JW Jr (1989)**, "Hypospadias", *Pediatr Rev*, 11, pg37–42.
5. **Wang, Chao-xu et al (2019)**, "Complications of proximal hypospadias repair with transverse preputial island flap urethroplasty: a 15-year experience with long-term follow-up", *Asian Journal of Andrology*, 21(3), pg 300-303.
6. **Mostafa Magdi Ali, Ahmed ZZaki Anwar (2022)**, "Experience with modified two stage inner preputial flap for repair of proximal hypospadias with chordee: A single institution study with intermediate follow up", *Journal of Pediatric Surgery*, 57(7), pg 1404-1408.
7. **J. Dale B, Woodward H, Elagami (2023)**, "Age-dependent early complications of hypospadias repair: a single institutional experience", *Pediatric Surgery International*, 39, pg115.
8. **Xujun Sheng et al (2018)**, "The risk factors of Urethrocuteaneous fistula after hypospadias surgery in the youth population", *BMC Urol*, 18(64).
9. **Gina M. Cambareri et al (2016)**, "Hypospadias repair with onlay preputial graft: a 25-year experience with long-term follow-up", *BJU International*, 118(3), pg 451-457.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN HO RA MÁU ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Đinh Văn Lượng^{1,2}, Trịnh Thị Hằng¹, Hoàng Thuý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ho ra máu được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung Ương. **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%. Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình là 15 ngày. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 99 bệnh nhân ho ra máu mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ 48.3%, có 58 bệnh nhân ho ra máu mức độ trung bình, chiếm tỷ lệ 28.3%, có 47 bệnh nhân ho ra máu mức độ nặng, chiếm tỷ lệ 22.9%. Tổn thương mô bệnh gặp nhiều nhất là nấm Aspergillus (chiếm 40.5%), đứng thứ 2 là viêm lao và giãn phế quản, chiếm lần lượt 22.9% và 16.1%. 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 tỷ lệ lần lượt là 33.7%, 41.5%, 48.3%. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 109 bệnh nhân có bất thường mạch, chiếm tỷ lệ 53.2% tổng số bệnh nhân. Tổn thương mạch máu chủ yếu ở hệ động mạch phế quản. Các hình thái tổn thương mạch: giãn cứng, tăng sinh, thân xoắn vặn, giả phình. Tổn thương hay gặp nhất là giãn cứng (84/109 bệnh nhân có tổn thương mạch). Tổn thương dạng xoắn vặn thân mạch máu và giả phình ít gặp hơn. **Kết luận:** Tuổi trung

bình của các bệnh nhân là 50. Số bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 76.1%. Có 41% số bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện. Có 55.6 % bệnh nhân có tiền sử bệnh lao phổi trước đó. Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình là 15 ngày. Mức độ ho ra máu: nhẹ (99 bệnh nhân, chiếm 48.3%), trung bình (58 bệnh nhân, 28.3 %), nặng (47 bệnh nhân, 22.9%). Tổn thương trên cắt lớp vi tính rất đa dạng, 3 tổn thương hay gặp nhất là nốt đông đặc, hang. Tổn thương mạch hay gặp nhất là giãn cứng.

Từ khóa: ho ra máu.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH HEMOPTYSIS UNDERGOING SURGICAL TREATMENT AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with hemoptysis who underwent surgical treatment at the National Lung Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 205 patients aged ≥16 years who underwent surgery for hemoptysis at the National Lung Hospital from January 2018 to December 2023. **Results:** The mean age was 50 years, with males accounting for 76%. Forty-one percent of patients had a history of hemoptysis prior to hospitalization. Most patients had a history of pulmonary disease, with pulmonary tuberculosis being the most common (55.6%). The mean duration from onset of hemoptysis to hospital admission was 15 days. Among the study population, 99 patients (48.3%) had mild hemoptysis, 58 patients (28.3%) had moderate hemoptysis, and 47 patients (22.9%) had severe hemoptysis. Histopathological findings showed Aspergillus infection as the most common lesion (40.5%), followed by tuberculous inflammation (22.9%) and bronchiectasis (16.1%). CT imaging revealed diverse lesions, with the three most common being nodules (33.7%), consolidations (41.5%), and

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: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

fungal balls (48.3%). Vascular abnormalities were detected in 109 patients (53.2%), mainly involving the bronchial artery system. Vascular lesion types included trunk dilatation, proliferation, tortuosity, and pseudoaneurysm. The most frequent was trunk dilatation (observed in 84/109 patients with vascular lesions), while tortuous vessels and pseudoaneurysms were less common. **Conclusion:** The mean age of the patients was 50 years. Male patients accounted for 76.1%. A total of 41% had a history of hemoptysis prior to hospital admission. Pulmonary tuberculosis was reported in 55.6% of patients. The average interval from the onset of hemoptysis to hospital admission was 15 days. The severity of hemoptysis was classified as mild (99 patients, 48.3%), moderate (58 patients, 28.3%), and severe (47 patients, 22.9%). Computed tomography revealed diverse lesions, with the three most common findings being consolidation nodules and cavities. The most frequent vascular abnormality was bronchial trunk dilatation.

Keywords: hemoptysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho ra máu là một trong những triệu chứng hô hấp thường gặp, có thể xuất hiện ở nhiều bệnh cảnh khác nhau: lao phổi, giãn phế quản, ung thư phổi, nấm phổi, bệnh lý mạch máu phổi. Điều trị ho ra máu gồm nhiều phương pháp: nội khoa, gây tắc động mạch phế quản và phẫu thuật. Ho ra máu số lượng nhiều hoặc tái diễn là tình trạng cấp cứu, có thể đe dọa tính mạng nếu không được xử trí kịp thời. Chỉ định điều trị phẫu thuật và tiên lượng phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân [1],[2].

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm nhóm bệnh nhân phẫu thuật ho ra máu, Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân ho ra máu được 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 tiền 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, thời gian từ khi ho ra máu đến khi nhập viện, triệu chứng cơ năng, mức độ ho ra máu, kết quả mô bệnh học, hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính ngực, vị trí và hình thái động mạch tổn thương, vị trí chảy máu trên nội soi phế quản.

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 ± SD	50 ± 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. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Tiền sử bệnh lý

Bảng 3.3. Tiền sử bệnh lý

Tiền sử bệnh lý	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tiền sử ho ra máu		
Không	121	59
1 lần	46	22.4
2 lần	20	9.8
3 lần	13	6.3
≥4 lần	5	2.5
Tiền sử bệnh phổi		
Lao phổi	114	55.6
Giãn phế quản	28	13.7
Nấm phổi	27	13.2
Viêm phổi	5	2.4

Nhận xét: - Có 84 bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện, chiếm 41 % tổng số bệnh nhân,

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

3.2.2. Thời gian diễn biến bệnh

Bảng 3.4. Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện

Thời gian	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
1 ngày	37	18
2-7 ngày	79	38.6
>7 ngày	89	43.4
X ± SD (ngày)	15±2	
Mín	1	
Max	240	

Nhận xét: Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình là 15 ngày, ngắn nhất là 1 ngày (có 37 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 18%), dài nhất là 240 ngày. Số bệnh nhân có thời gian diễn biến bệnh >7 ngày chiếm 43.4%.

3.2.3. Mức độ ho ra máu

Bảng 3.6. Mức độ ho ra máu

Mức độ ho ra máu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhẹ	99	48.3
Trung bình	58	28.3
Nặng	47	22.9
Tắc nghẽn	1	0.5
Tổng	205	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 99 bệnh nhân ho ra máu mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ 48.3%, có 58 bệnh nhân ho ra máu mức độ trung bình, chiếm tỉ lệ 28.3%, có 47 bệnh nhân ho ra máu mức độ nặng, chiếm tỉ lệ 22.9%, chỉ có 1 bệnh nhân ho ra máu tắc nghẽn.

3.2.4. Kết quả mô bệnh học

Bảng 3.7. Kết quả mô bệnh học

Mô bệnh học	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Viêm mạn tính	32	15.6
Viêm lao điển hình	37	18
Viêm lao không điển hình	7	3.4
Nấm Aspergillus	83	40.5

Ung thư	5	2.4
Khối giả phình động mạch	2	1.0
Giãn phế quản	33	16.1
Kén phế quản	2	1.0
U quái	1	0.5
Lao + nấm	3	1.5
Tổng	205	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tổn thương mô bệnh gặp nhiều nhất là nấm Aspergillus (chiếm 40.5%), đứng thứ 2 là viêm lao và giãn phế quản, chiếm lần lượt 22,9% và 16.1%. Ngoài ra có thể gặp viêm mạn tính, u quái, ung thư, khối giả phình động mạch.

3.2.5. Hình thái tổn thương trên cắt lớp vi tính

Bảng 3.8. 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%.

3.2.6. Vị trí động mạch tổn thương

Bảng 3.9. Vị trí động mạch tổn thương

Mạch tổn thương	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Không có tổn thương	96	46.8
ĐMPQ	84	41
ĐMKTHPQ	15	7.3
Cả hai	10	4.9

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 109 bệnh nhân có bất thường mạch, chiếm tỷ lệ 53.2% tổng số bệnh nhân. Tổn thương mạch máu chủ yếu ở hệ động mạch phế quản. Trong 109 bệnh nhân có tổn thương mạch, có 84 bệnh nhân tổn thương ở hệ động mạch phế quản, 15 bệnh nhân tổn thương ở hệ động mạch không tuỷ hành phế quản, có 10 bệnh nhân tổn thương ở cả 2 hệ mạch.

3.2.7. Hình thái động mạch tổn thương

Bảng 3.10. Hình thái động mạch tổn thương

Hình thái	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Không	95	46.3
Giãn cứng	48	23.4

Thân xoắn vặn	2	1.0
Tăng sinh ngoại vi	10	4.9
Giãn + tăng sinh	36	17.6
Xoắn + tăng sinh	4	2.0
Giãn + xoắn + tăng sinh	3	1.5
Giả phình	7	3.4
Tổng	205	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp các hình thái tổn thương mạch: giãn cuống, tăng sinh, thân xoắn vặn, giả phình. Tổn thương hay gặp nhất là giãn cuống (84/109 bệnh nhân có tổn thương mạch), thứ hai là tổn thương phổi hợp cả giãn cuống và tăng sinh (36/109 bệnh nhân có tổn thương mạch). Tổn thương dạng xoắn vặn thân mạch máu và giả phình ít gặp hơn.

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 50 [3], 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 55 [4], Alexander và cộng sự (2014), tuổi trung bình của bệnh nhân là 50 [5]. 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%.[4], AndreJak và cộng sự (2009), khi nghiên cứu 111 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân nam là 74%[3], Ahmed và cộng sự (2023), khi nghiên cứu 172 bệnh nhân nhập viện vì ho ra máu, tỉ lệ bệnh nhân nam là 84% [6]

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 quản [2]. 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%[3].

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%.[3]

Ho ra máu là một cấp cứu nội khoa, khó tiên lượng, có thể ho ra máu tái phát nặng, nguy hiểm tính mạng. Bệnh nhân cần được nhập viện sớm, tại các bệnh viện chuyên khoa để được chẩn đoán nguyên nhân và điều trị triệt để[1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình của là 15 ngày, chỉ có 37 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 18%) được nhập viện trong ngày đầu tiên khi xuất hiện ho ra máu. Nguyên nhân có thể do ho ra máu số lượng ít, dây máu, không ảnh hưởng đến sức khỏe toàn trạng nên người bệnh không nhập viện hoặc chỉ khám tại các phòng khám đa khoa. Điều này cho thấy người bệnh vẫn còn chủ quan trước triệu chứng ho ra máu. Tuy nhiên, so với năm 2010, Đoàn Thị Thu Trang nghiên cứu 162 bệnh nhân ho ra máu nhập viện tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, thấy thời gian trung bình từ khi ho ra máu đến khi nhập viện là 33 ngày, dài hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do từ năm 2008 đến nay, nhận thức về bệnh tật của người bệnh cũng đã có sự thay đổi [7]

Ngược lại, khi so sánh với nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới, Ahmed và cộng sự (2023), khi nghiên cứu 172 bệnh nhân ho ra máu phải nhập viện, thời gian trung bình từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện là 1.72 ngày, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [6]. Vì vậy, việc giáo dục sức khỏe nâng cao nhận thức cho người bệnh và giúp người bệnh được tiếp cận với các dịch vụ y tế chuyên khoa là rất cần thiết tại Việt Nam.

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%). Trong đó tổn thương gặp nhiều nhất là giãn phế quản. 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%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trương Quốc Thanh (2015), tổn thương hay gặp nhất trên cắt lớp vi tính ở bệnh nhân ho ra máu là giãn phế quản [8]

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp các hình thái tổn thương mạch: Giãn cuống, tăng sinh, thân xoắn vặn, giả phình. Tổn thương hay gặp nhất là giãn cuống (84/109 bệnh nhân có tổn thương mạch), thứ hai là tổn thương phổi hợp cả giãn cuống và tăng sinh (36/109 bệnh nhân có tổn thương mạch). Tổn thương dạng xoắn vặn thân mạch máu và giả phình ít gặp hơn.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Hồng (2015), hình thái tổn thương mạch máu hay gặp nhất là giãn và tăng sinh động mạch phế quản [9].

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 50. Số bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 76.1%. Có 41% số bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện. Có 55.6% bệnh nhân có tiền sử bệnh lao phổi trước đó. Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình là 15 ngày. Mức độ ho ra máu: nhẹ (99 bệnh nhân, chiếm 48.3%), trung bình (58 bệnh nhân, 28.3%), nặng (47 bệnh nhân, 22.9%). Tổn thương trên cắt lớp vi tính rất đa dạng, 3 tổn thương hay gặp nhất là nốt đông đặc, hang. Tổn thương mạch hay gặp nhất là giãn cuống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông 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. **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.athoracsur.2009.06.011
4. **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
5. **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
6. **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
7. **Đoàn Thị Thu Trang**, Nhân xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ho ra máu tại khoa hô hấp Bệnh viện Bạch Mai Từ 01.01.2008 Đến 31.12.2008. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2010.
8. **Trương Quốc Thanh**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân ho ra máu tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa. Đại học Y Hà Nội; 2015
9. **Nguyễn Ngọc 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 cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2015

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐIỆN RỘNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢM ÁP

Nguyễn Trọng Hiệp¹, Trần Trung Kiên^{1,2}, Nguyễn Vũ^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu 30 bệnh nhân nhồi máu não điện rộng được phẫu thuật mở sọ giảm áp từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 1 năm 2025 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tuổi trung bình là 59,1 ± 11,2; tỉ lệ nam/nữ là

2,75/1; điểm NIHSS trung bình trước phẫu thuật là 18,4 ± 3,0; toàn bộ bệnh nhân có điểm ASPECTS ≤ 5. Cắt lớp vi tính: 76,7% bệnh nhân có di lệch đường giữa < 10 mm, 23,3% vượt quá 10 mm. Ra viện: 90% bệnh nhân sống, tử vong 10%. 27 bệnh nhân sau 6 tháng: 55,6% đạt kết quả chức năng tốt (mRS 0–3) và 44,4% có kết quả xấu (mRS 4–6). Phẫu thuật mở sọ giảm áp ở bệnh nhân nhồi máu não điện rộng là một phương pháp khả thi, an toàn với tỷ lệ tử vong thấp sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Nhồi máu não điện rộng, mở sọ giảm áp, điểm NIHSS, ASPECTS

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, IMAGING FEATURES, AND FACTORS ASSOCIATED

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ

Email: nguyenvu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025