

y 91 giai đoạn 2020 - 2023", *Tạp chí Y học Cộng Đồng*. 65(4), tr. 275-281.

7. **Trần Thái Phúc và Lại Ngọc Thắng** (2024), "Kết quả nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản 1/3 giữa và 1/3 dưới sử dụng năng lượng laser Holmium tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình", *Tạp chí Y học Cộng Đồng*.

66(1), tr. 270-274.

8. **Nguyễn Trương Thiện, Nguyễn Quang và Trần Văn Hình** (2016), "Kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng laser Holmium", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. Phụ Bản Tập 20(Số 2), tr. 92-100.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH NIỆU ĐẠO BẰNG LASER HOLMIUM

Hạ Hồng Cường¹, Lê Ngọc Hà^{1,2}, Nguyễn Gia Hào², Cao Mạnh Long^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tiểu máu khi cương tái diễn là triệu chứng lâm sàng hiếm gặp, thường liên quan đến bệnh cảnh xuất tinh máu, gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định nguyên nhân và đánh giá kết quả điều trị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt 20 ca bệnh có triệu chứng tiểu máu khi cương tái diễn trong giai đoạn từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 05 năm 2023. Quá trình chẩn đoán nguyên nhân và kết quả phẫu thuật được thực hiện thông qua hỏi bệnh, đánh giá hiệu quả điều trị và các biến chứng trong thời gian điều trị cũng như theo dõi.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 50 tuổi, thời gian mắc bệnh trung bình là 64 tháng. Trong 20 đối tượng nghiên cứu, có 10 trường hợp nhập viện vì tiểu lần đầu sau xuất tinh có máu đỏ hoặc máu cục, 2 trường hợp chảy máu dương vật khi đang quan hệ tình dục và 8 trường hợp chảy máu từ niệu đạo khi dương vật mới cương nhưng chưa quan hệ tình dục. Tất cả bệnh nhân được nội soi bàng quang chẩn đoán và 100% trường hợp phát hiện mạch máu giãn bất thường ở niệu đạo sau. Các bệnh nhân đều được điều trị bằng nội soi ngược dòng đốt tĩnh mạch giãn bằng laser holmium. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 9,5 tháng; tất cả bệnh nhân quan hệ tình dục sau phẫu thuật không còn tình trạng xuất tinh máu. Có 5/20 bệnh nhân tái khám sau mổ 3 tháng được nội soi niệu đạo kiểm tra và ghi nhận không còn giãn tĩnh mạch niệu đạo.

Kết luận: Tiểu máu khi cương tái diễn có thể liên quan đến giãn tĩnh mạch bất thường ở niệu đạo sau. Nội soi ngược dòng đốt tĩnh mạch niệu đạo giãn bằng laser holmium là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả và có giá trị trong kiểm soát triệu chứng ở nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Xuất tinh máu; Tiểu máu khi cương; Giãn tĩnh mạch niệu đạo; U máu niệu đạo sau; Laser holmium

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF URETHRAL VARICES TREATED WITH HOLMIUM LASER

Objective: Recurrent post-ejaculation hematuria is a rare clinical symptom, commonly associated with the spectrum of hematospermia, causing difficulties in diagnosis and treatment. This study was conducted to determine the etiology and evaluate the treatment outcomes.

Subjects and methods: A descriptive case series study was conducted on 20 patients presenting with recurrent erection-related hematuria between January 2022 and May 2023. The etiologic diagnostic process and surgical outcomes were assessed through history-taking, evaluation of therapeutic efficacy, and monitoring of complications during treatment as well as follow-up.

Results: The mean age of the study population was 50 years, and the mean disease duration was 64 months. Among the 20 study subjects, 10 cases were admitted because of fresh blood or blood clots during the first voiding after ejaculation, 2 cases presented with penile bleeding during sexual intercourse, and 8 cases experienced urethral bleeding when the penis had just become erect but before sexual intercourse. All patients underwent diagnostic urethrocystoscopy, and abnormal dilated vessels in the posterior urethra were detected in 100% of cases. All patients were treated with transurethral endoscopic ablation of the dilated veins using a holmium laser. The mean postoperative follow-up period was 9.5 months; all patients who had sexual intercourse after surgery no longer experienced hematospermia. Five out of 20 patients returned for follow-up 3 months after surgery, underwent follow-up urethroscopy, and were found to have complete disappearance of urethral varices.

Conclusion: Recurrent erection-related hematuria may be associated with abnormal urethral varices in the posterior urethra. Transurethral endoscopic ablation of dilated urethral veins using a holmium laser is a safe, effective, and valuable treatment method for symptom control in this group of patients.

Keywords: Hematospermia; Post-ejaculation hematuria; Urethral varices; Posterior urethral hemangioma; Holmium laser

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hạ Hồng Cường

Email: mr.hahongcuong@gmail.com

Mã bài: N767

Ngày nhận bài: 5/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 4/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu máu kèm theo khi xuất tinh hoặc sau xuất tinh, hay có thể gọi là tiểu máu khi cương là một tình trạng lâm sàng hiếm gặp ở nam giới. Đây là một bệnh cảnh có rất nhiều nguyên nhân khác nhau, việc chẩn đoán xác định nguyên nhân gây bệnh thường gặp nhiều khó khăn, khiến người bác sĩ lâm sàng dễ chẩn đoán nhầm và điều trị không hiệu quả. Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra nguyên nhân chính của triệu chứng trên là u máu ở vùng niệu đạo sau, tuy nhiên số lượng bệnh nhân nghiên cứu còn hết sức khiêm tốn. Ca bệnh u máu niệu đạo được báo cáo lần đầu tiên vào năm 1895, và tính đến năm 2021 chỉ có khoảng 100 trường hợp được báo cáo trên Y văn thế giới với tỷ lệ nam/nữ là khoảng 9/1.¹ Nhóm bệnh nhân trên thường được điều trị bằng phương pháp sử dụng dao điện² và chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị bằng laser holmium. Tại Việt Nam, một nghiên cứu hiếm hoi về bệnh lý này được thực hiện năm 2021 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức của nhóm tác giả Trịnh Kiên Cường và Nguyễn Quang trên 37 bệnh nhân, được điều trị bằng nội soi đốt giãn tĩnh mạch niệu đạo bằng dao điện đơn cực, với tỷ lệ thành công là 92,31%.³ Từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 05 năm 2023, 20 bệnh nhân có tình trạng tiểu máu khi cương tái diễn đã được chẩn đoán và điều trị hiệu quả tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị được trình bày trong bài viết này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

20 bệnh nhân có tình trạng tiểu máu khi cương tái diễn được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 05 năm 2023.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện, được 20 bệnh nhân

Quy trình nghiên cứu

Các thông tin được thu thập hồi cứu, bao gồm: tuổi, thời gian xuất hiện triệu chứng, các triệu chứng trước khi nhập viện, xét nghiệm nước tiểu, siêu âm tuyến tiền liệt và túi tinh qua trực tràng, chức năng đông máu, kết quả nội soi niệu đạo ngược dòng, vị trí và đặc điểm tổn thương tại niệu đạo, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ, kết quả theo dõi.

Tất cả bệnh nhân được nhập viện, làm các bilan loại trừ các nguyên nhân xuất tinh máu khác như

viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn, viêm túi tinh, khối u của tiền liệt tuyến, khối u của đường bài xuất, rối loạn đông máu. Tất cả các bệnh nhân đều được chỉ định nội soi bàng quang chẩn đoán để đánh giá đầy đủ về tình trạng chảy máu bất thường ở hai lỗ niệu quản, các khối u lòng bàng quang, bất thường của tuyến tiền liệt và lỗ phóng tinh, tình trạng niêm mạc niệu đạo sau và niêm mạc niệu đạo trước. Hầu hết bệnh nhân có tĩnh mạch giãn bất thường ở đoạn niệu đạo đoạn cơ thắt ngoài hướng 6 giờ, một số ít có tĩnh mạch giãn bất thường trong lòng niệu đạo đoạn tiền liệt tuyến. Các bệnh nhân đều được chỉ định đốt các mạch máu giãn bằng laser holmium (mức năng lượng 1 J ở tần số 10 Hz). Bệnh nhân được xuất viện sau phẫu thuật 1 ngày và rút sonde tiểu 1-3 ngày sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 50 tuổi (từ 25 đến 74 tuổi), trong đó 10% dưới 40 tuổi, 75% từ 40-60 tuổi, 15% trên 60 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình 64 tháng (từ 1 đến 240 tháng), trong đó 60% có thời gian mắc dưới 5 năm, 20% 5-10 năm, 20% trên 10 năm.

Đối với triệu chứng lần đầu tiên xuất hiện, có 6/20 bệnh nhân xuất tinh kèm theo máu đỏ tươi mức độ nhiều, có 14/20 bệnh nhân có lần tiểu đầu sau xuất tinh có máu đỏ tươi hoặc máu cục, lần tiểu sau đó bình thường. Các triệu chứng này tái diễn nhiều lần, với tần suất dày hơn và mức độ nặng nề hơn. Có 10/20 bệnh nhân nhập viện vì tiểu lần đầu sau xuất tinh có máu đỏ hoặc máu cục, 2/20 bệnh nhân nhập viện vì chảy máu dương vật khi đang quan hệ tình dục, 8/20 bệnh nhân nhập viện vì chảy máu từ niệu đạo khi dương vật mới cương lên và không có kích thích cơ học.

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân

Triệu chứng	Tỷ lệ n (%)
Tiểu máu cục hoặc máu đỏ sau khi xuất tinh	10 (50,0)
Tiểu máu khi đang quan hệ tình dục hoặc thủ dâm	2 (10,0)
Tiểu máu khi dương vật cương cứng và chưa có kích thích dương vật	8 (40,0)

Tất cả các bệnh nhân được chỉ định nội soi bàng quang chẩn đoán để tìm nguyên nhân gây bệnh (u đường bài xuất, ung thư tiền liệt tuyến, giãn mạch niệu đạo), có kèm theo xoa bóp túi tinh và tiền liệt tuyến qua trực tràng để xem có chảy máu từ túi tinh không. Các tổn thương phát hiện gồm các mạch giãn bất thường ở niệu đạo đoạn tiền liệt tuyến và là ở

niệu đạo đoạn cơ thắt ngoài, thường được gọi là giãn tĩnh mạch niệu đạo sau. Các bất thường mạch này rất đa dạng, bao gồm các mạch máu nông của niệu mạc giãn lớn đơn độc, hoặc có nhiều nhánh cùng giãn, hoặc tập trung thành đám lớn. Không bệnh nhân nào phát hiện tình trạng các mạch máu giãn đang chảy máu khi soi.

Bảng 2. Vị trí phát hiện mạch giãn bất thường

Vị trí tổn thương	Tỷ lệ n (%)
Niệu đạo đoạn cơ thắt ngoài	17 (85,0)
Niệu đạo đoạn trong lòng tiền liệt tuyến (quanh ụ núi)	3 (15,0)

17 bệnh nhân khi soi bàng quang phát hiện có giãn tĩnh mạch ở niệu đạo đoạn cơ thắt ngoài, trong đó có 9/17 bệnh nhân có tổn thương ở vị trí 6h với tổn thương điển hình là đám mạch giãn lớn khoảng 10×5 mm lõm vào lòng niệu đạo, cách ụ núi khoảng 1 cm. 20/20 bệnh nhân phát hiện mạch giãn bất thường nhưng không có trường hợp nào chảy máu khi đang soi.

Các bệnh nhân trên được chẩn đoán là giãn tĩnh mạch niệu đạo, được chỉ định phẫu thuật nội soi ngược dòng đốt các mạch máu giãn bằng laser holmium ở mức năng lượng 1 J với tần số 10 Hz. Thời gian phẫu thuật trung bình là 28,25 phút, chỉ có 3/20 bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trên 30 phút.

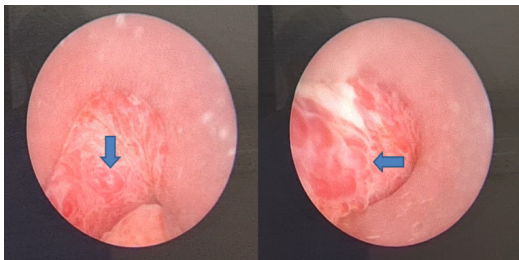
Các bệnh nhân đều được xuất viện sau mổ 1 ngày, và rút thông tiểu ngoại viện trong 1-3 ngày sau đó. Các bệnh nhân được hướng dẫn kiêng quan hệ tình dục, thủ dâm trong 1 tháng đầu, không sử dụng đồ uống có cồn và thủ quan hệ tình dục trở lại sau 1 tháng. Kết quả ghi nhận 16/20 bệnh nhân quan hệ tình dục lần đầu sau mổ 1 tháng, 1/20 bệnh nhân quan hệ tình dục lần đầu sau mổ 2 tháng, 3/20 bệnh nhân quan hệ lần đầu sau mổ 3 tháng và không có bệnh nhân nào còn triệu chứng tiểu máu như trước mổ. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 9,5 tháng (gần nhất là 2 tháng, xa nhất 17 tháng), không có bệnh nhân nào bị tái phát bệnh cảnh xuất tinh máu trong thời gian theo dõi. Trong thời gian theo dõi, có 3 bệnh nhân có tiểu máu đại thể mức độ nhẹ dai dẳng trong 1 ngày, 5 ngày và 8 ngày từ lúc rút sonde tiểu, sau đó về tiểu bình thường; không có bệnh nhân nào có biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu - sinh dục; không bệnh nhân nào có tiểu khó hoặc tiểu rỉ. Có 5/20 bệnh nhân đến khám lại sau mổ 3 tháng theo hẹn của bác sĩ, các bệnh nhân này được chỉ định nội soi niệu đạo kiểm tra lại. Kết quả cho thấy 5/5 bệnh nhân không còn các tổn thương giãn mạch bất thường khi so sánh hình ảnh trước và sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

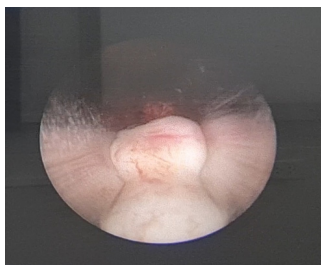
Tiểu máu là một triệu chứng lâm sàng không điển hình, có nhiều bệnh lý có thể gây nên như viêm đường tiết niệu cấp tính, viêm thận cấp, viêm - u tiền liệt tuyến, viêm túi tinh, dị dạng mạch máu niệu đạo, ung thư đường bài xuất. Cần phải phân biệt rõ triệu chứng tiểu máu khi cương có sự khác biệt với xuất tinh máu và tiểu máu đại thể thông thường. Xuất tinh ra máu, trong tinh dịch sẽ có lẫn máu đỏ tươi hoặc máu cũ nâu đen. Trong tiểu máu đại thể thông thường, trong các lần đi tiểu thấy nước tiểu có màu đỏ máu toàn bãi. Còn đối với tiểu máu khi cương, bệnh nhân thấy chảy máu đỏ tươi hoặc máu cục ở ạt qua đường tiểu khi dương vật cương, đặc biệt khi đang quan hệ tình dục, hoặc khi xuất tinh, và lần đi tiểu sau đó hầu như là bình thường. Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện để tìm ra căn nguyên của tiểu máu khi cương hoặc tiểu máu sau xuất tinh. Kết quả chỉ ra nguyên nhân là do các dị dạng mạch máu bất thường ở niệu đạo sau, chủ yếu ở khu vực phía trước của ụ núi, thường được gọi là giãn tĩnh mạch niệu đạo. Các kết quả mô bệnh học đã chỉ ra chúng là u máu, chủ yếu là u máu thể hang.^{2,4} Cơ chế bệnh sinh của u máu niệu đạo chưa được hiểu rõ hoàn toàn và có hai giả thuyết: một số tác giả cho rằng u máu có nguồn gốc phôi thai do các nguyên bào mạch phôi còn sót lại, không phát triển thành mạch máu bình thường; hoặc nó cũng có thể là do quá trình thoái hóa kết hợp với các yếu tố kích thích mạn tính và teo.⁵ Do đó thành của u máu không có cấu trúc vững chắc như các mạch máu thông thường khác nên dễ bị vỡ khi có sự gia tăng áp lực thủy tĩnh trong trường hợp dương vật ở trạng thái cương cứng và gây nên triệu chứng tiểu máu khi cương. Rất tiếc, trong nghiên cứu của chúng tôi không thực hiện cắt một phần khối mạch giãn để xét nghiệm giải phẫu bệnh, để có được thông tin về bản chất của khối mạch giãn như một số nghiên cứu khác trên thế giới.

Nội soi bàng quang ngược dòng là một phương pháp chẩn đoán rất có giá trị cho các bệnh nhân tiểu máu khi cương. Nội soi thường phát hiện ra tổn thương mạch giãn không cuống khoảng 5 mm, thường gặp nhất là giữa ụ núi và cơ thắt ngoài,⁴ nhưng cũng có thể gặp ở bất kể vị trí nào của niệu đạo (Hình 1). Tuy nhiên, việc đánh giá và phát hiện được tổn thương qua nội soi bàng quang ngược dòng là không hề dễ dàng, do thời điểm soi thường là xa thời điểm chảy máu, và soi khi dương vật ở trạng thái xiu nên khó phát hiện điểm chảy máu, mặt khác vị trí niệu đạo quanh cơ thắt ngoài rất khó quan sát do cơ thắt ngoài thường xuyên co thắt nên rất khó đánh giá được tổn thương. Theo Saito, nội soi ngay sau khi xuất tinh

hoặc khi cương cứng, cùng với việc giảm lưu lượng nước tưới trong quá trình soi bàng quang rất hữu ích trong việc phát hiện các tổn thương chảy máu.⁴ Còn theo Zao-Ming Huan, phải liên tục điều chỉnh góc của đầu ống nội soi, tiến lùi nhiều lần và giảm áp lực nước tưới để quan sát kỹ sự toàn vẹn và nhẵn của niêm mạc niệu đạo để phát hiện tổn thương.² Theo kinh nghiệm của chúng tôi, ống soi đặt trong vỏ nội soi cỡ 24 Fr có đầu xa thiết kế vát, có thể giúp quan sát 360 độ ở khu vực niệu đạo cơ thắt ngoài và niệu đạo tiền liệt tuyến dễ dàng (Hình 2).



Hình 1. Hình ảnh các mạch máu giãn qua nội soi chẩn đoán



Hình 2. Hình ảnh niêm mạc đoạn niệu đạo hành

(Ống soi đặt trong vỏ nội soi cỡ 24 Fr có đầu xa thiết kế vát, giúp quan sát niêm mạc niệu đạo dễ dàng hơn nhiều so với chỉ sử dụng ống soi thông thường)

Bởi vì tất cả các trường hợp giãn tĩnh mạch niệu đạo được báo cáo đều là lành tính, việc chỉ định điều trị phụ thuộc vào triệu chứng, kích thước và vị trí của tổn thương. Các tổn thương không có triệu chứng không cần điều trị và nên được theo dõi bởi vì u máu có thể tự thoái lui. Có thể điều trị giãn tĩnh mạch niệu đạo do u máu bằng đốt điện qua nội soi (chỉ nên được sử dụng trong trường hợp cấp tính). Đối với các tổn thương nhỏ hơn, có thể chỉ định điều trị bằng laser. Đối với các tổn thương lớn và phức tạp, phương pháp ưu tiên thường được lựa chọn là mổ mở cắt đoạn niệu đạo tổn thương và tạo hình niệu đạo.⁶ Ngoài ra ở những trung tâm ngoại khoa không có đầy đủ dụng cụ dao điện hay laser để đốt u máu, có thể sử dụng tiêm triamcinolone⁷ hoặc pingyangmycin⁸ tại chỗ gây xơ hóa tổ chức u máu. Cắt đốt u máu niệu đạo qua

nội soi ngược dòng sử dụng dòng điện đơn cực là phương pháp được sử dụng rộng rãi, cho kết quả khả quan, không có biến chứng nào được ghi nhận, và tỷ lệ tái phát khoảng 0-5% với thời gian theo dõi xa trung bình là 16-24 tháng.^{2,4}

Hiện nay, nhiều tác giả trên thế giới ưa thích việc sử dụng năng lượng laser holmium để đốt u máu niệu đạo với hiệu quả tốt và không có biến chứng. Laser holmium được cài đặt ở mức năng lượng 1-1,4 J, tần số 10-14 Hz, có tác dụng trên bề mặt diện tích 1-2 mm, độ sâu 0,4-0,6 mm, hạn chế tối đa được biến chứng hẹp niệu đạo thứ phát. Đặc biệt, khi sử dụng năng lượng laser, có thể sử dụng các ống soi nhỏ để tiến hành nội soi,^{9,10} nên có thể tiềm năng để phẫu thuật cho những trường hợp u máu niệu đạo ở bệnh nhân trẻ tuổi. Chúng tôi thấy rằng dụng cụ phẫu thuật nội soi sử dụng laser đơn giản hơn nên dễ dàng thao tác hơn, nhưng do trục của ống soi song song với trục của niệu đạo, gây khó khăn nhất định trong quá trình đốt các u máu. Do đó chúng tôi sử dụng vỏ nội soi cỡ 24 Fr có đầu xa thiết kế vát để quan sát u máu và thao tác đốt u máu được tốt hơn. Kết quả điều trị bằng laser holmium ở bệnh nhân của chúng tôi rất khả quan, với mức độ tiểu máu khi cương trước mổ nặng nề, nhưng hoàn toàn biến mất sau mổ và không có trường hợp nào tái phát. Tuy nhiên, chúng tôi cần thực hiện trên nhiều bệnh nhân hơn nữa, với thời gian theo dõi xa lâu hơn nữa để khẳng định kết luận trên.

V. KẾT LUẬN

Tiểu máu khi cương là một tình trạng bệnh lý rất hiếm gặp, nguyên nhân chủ yếu là giãn tĩnh mạch niệu đạo do u máu niệu đạo sau. Nội soi bàng quang ngược dòng là phương pháp chẩn đoán có giá trị nhất trong việc phát hiện tổn thương. Có nhiều phương pháp điều trị u máu niệu đạo, và phẫu thuật nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng laser holmium đốt u máu nổi lên là phương pháp điều trị an toàn mang lại hiệu quả cao.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần nghĩ đến giãn tĩnh mạch niệu đạo sau ở bệnh nhân tiểu máu khi cương tái diễn. Điều trị giãn tĩnh mạch niệu đạo bằng laser Holmium là một phương pháp khả quan để lựa chọn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Qian X, Tao X, Liu H, Ran C, Gong Y, Feng Y. One rare case of posterior urethral hemangioma and review of the literature. Urol Case Rep. 2022;45. doi:10.1016/j.eucr.2022.102190
2. Huang ZM, Li YF, Wang Q, et al. Clinical

- characteristics and endoscopic treatment of hematospermia with postcoital hematuria. BMC Urol. 2020;20:78. doi:10.1186/s12894-020-00646-x
3. **Trịnh Kiên Cường, Nguyễn Quang.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo điều trị chảy máu do giãn tĩnh mạch niệu đạo. Published online 2021.
 4. **Saito S.** Posterior urethral hemangioma: one of the unknown causes of hematuria and/or hematospermia. Urology. 2008;71(1):168.e11-14. doi:10.1016/j.urology.2007.09.058
 5. **Regragui S, Slaoui A, Karmouni T, El Khader K, Koutani A, Attia Al.** Urethral hemangioma: case report and review of the literature. Pan Afr Med J. 2016;23:96. doi:10.11604/pamj.2016.23.96.8700
 6. **Kurt A. McCammon, e.a.** Surgery of the Penis and Urethra. In: Campbell-Walsh Urology. Vol 4. ; 2016:909-945.
 7. **Masood A, Hussain I, Khan U ullah, Masood Y, Umair M, Rehman OF.** Hemangioma of penile urethra - Treatment with intralesional triamcinolone. Urol Case Rep. 2020;35:101494. doi:10.1016/j.eucr.2020.101494
 8. **Yong F, Juan L, Jinhuan W, et al.** Urethral cavernous hemangioma: a highly misdiagnosed disease (a case report of two patients and literature review). BMC Urol. 2019;19:13. doi:10.1186/s12894-019-0441-0
 9. **De León JP, Arce J, Gausa L, Villavicencio H.** Hemangioma of the prostatic urethra: holmium laser treatment. Urol Int. 2008;80(1):108-110. doi:10.1159/000111741
 10. **O Y.** Use of Laser in the Treatment of Urethral Hemangioma. Glob J Reprod Med. 2018;3(4). doi:10.19080/

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LOẠN SẢN PHẾ QUẢN PHỔI TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thị Thu Hằng¹, Lê Thị Hồng Hanh¹, Nguyễn Đăng Quyết¹,
Hoàng Phương Thanh¹, Bùi Thị Thúy Nhung¹, Nguyễn Phi Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Loạn sản phế quản phổi (LSPQP) là bệnh phổi mạn tính thường gặp ở trẻ sinh non, hậu quả của sự kết hợp giữa tình trạng phổi chưa trưởng thành và các yếu tố tổn thương sau sinh như thở máy, thở oxy kéo dài và viêm. Tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung Ương, nơi tuyến cuối để điều trị các bệnh lý hô hấp phức tạp ở trẻ em, bệnh lý LSPQP vẫn là 1 gánh nặng không hề nhỏ. Tỷ lệ nhập viện, tái nhập viện cao với các tình trạng nặng cần can thiệp và hỗ trợ về hô hấp cũng như đòi hỏi các chăm sóc toàn diện đối với trẻ đẻ non là những thách thức lớn với các bác sĩ hô hấp. Mục đích của nghiên cứu này là "Mô tả một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và kết quả điều trị bệnh loạn sản phế quản phổi tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương trong năm 2025".

Phương pháp: Chúng tôi nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 117 bệnh nhân được chẩn đoán LSPQP điều trị tại Trung tâm Hô hấp năm 2025.

Kết quả: Trong 117 trẻ, tỷ lệ nam chiếm 61,54%. Một

số đặc điểm về tiền sử sơ sinh: tuổi thai trung bình 28,56 ± 2,5 tuần, cân nặng khi sinh trung bình 1068,59 ± 358,11 gam. Thời gian thở máy sau sinh trung bình 27,62 ngày và thở oxy 39,69 ngày. LSPQP mức độ nhẹ chiếm 37,61%, trung bình 52,14% và nặng 10,26%. Thời gian nằm viện có trung vị là 32 ngày (IQR: 18–56), dao động từ 7–120 ngày. Thời gian thở oxy có trung vị là 25 ngày (khoảng tứ phân vị: 15–42 ngày), dao động từ 5–90 ngày, tỷ lệ phải thở máy không xâm nhập là 32,5% với số ngày dùng máy thở có trung vị là 10 ngày (IQR: 5–18), dao động từ 1–45 ngày, tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển hồi sức cần đến can thiệp thở máy xâm nhập là 23,1%. Tăng áp động mạch phổi gặp ở 67,52% trường hợp. Kết quả điều trị ổn định bệnh đỡ giảm là từ vong 0,87%.

Từ khóa: Loạn sản phế quản phổi, trẻ sinh non, tăng áp động mạch phổi.

SUMMARY

SOME EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF BRONCHOPULMONARY DYSFUNCTION AT THE RESPIRATORY CENTER OF THE NATIONAL PEDIATRIC HOSPITAL IN 2025

Objectives: Bronchopulmonary dysplasia (BPD) is a common chronic lung disease in preterm infants, resulting from the combination of immature lung development and postnatal lung injuries such as mechanical ventilation, prolonged oxygen therapy, and inflammation. At the

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Tác giả chính: Hoàng Thị Thu Hằng
Email: hoangthuhangnhp@gmail.com

Mã bài: N768

Ngày nhận bài: 3/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2026

Ngày duyệt bài: 10/5/2026