

nhều lỗi. Khóa 56 có lỗi sai nhiều hơn khóa 54 và khóa 52, điều này có thể giải thích do khóa 52 là khóa đã được thực hành lâm sàng nhiều, đặc biệt là các môn Phẫu thuật thực hành, Ngoại khoa, được rèn luyện tâm lý tốt trong quá trình sinh tập do vậy mức độ căng thẳng cảm xúc sẽ thấp hơn, độ thành thạo kỹ năng thấp hơn do vậy ít gây ra sai sót.

Khi thực hiện bài kiểm tra thì các bài kiểm tra số 1 và số 4, tức là các hình vẽ yêu cầu phải đổi hướng tay nhiều, cần sự khéo léo cao để gây ra lỗi nhất, đặc biệt là ở khóa 56. Khóa 52 tỉ lệ lỗi sai ở các hình này. Khi phân tích cụ thể từng hình vẽ thì ở những vị trí phải chuyển chiều của đường vẽ, đặc biệt là các đường gấp khúc dễ gây ra sai sót trong quá trình thực hiện.

## V. KẾT LUẬN

Đã nghiên cứu, thiết kế chương trình và chế tạo thành công thiết bị đo độ run tay với tính cơ động cao, gọn, nhẹ, thẩm mỹ, độ chính xác cao. Đồng thời đánh giá thực nghiệm trên sinh viên

nhận thấy: sinh viên năm thứ 6 ít gây ra sai sót khi thực hiện bài kiểm tra hơn sinh viên năm thứ 4 và năm thứ 2; các hình vẽ phức tạp, gấp khúc dễ gây ra sự run tay và sai sót cho sinh viên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chương.** (2015). Thực hành lâm sàng Thần kinh sinh, Tập II: Triệu chứng sinh. Nhà xuất bản Y sinh. tr191-195.
2. **Nguyễn Văn Chương.** (2016). Thực hành lâm sàng Thần kinh sinh, Tập III: Bệnh sinh Thần kinh. Nhà xuất bản Y sinh.
3. **Đặng Quốc Bảo, Lê Văn Nghị, Nguyễn Minh Phương, Thái Văn Cấn.** (2016). Cảm xúc và căng thẳng cảm xúc trong lao động quân sự. Sinh lý lao động quân sự. Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân. Tr 58-74.
4. **Nguyễn Văn Chương.** (2015). Thực hành lâm sàng Thần kinh sinh, Tập I: Triệu chứng sinh. Nhà xuất bản Y sinh. tr191-195.
5. **Silvia Marino, Emanuele Cartell, Nicola Donato, Chiara Sorbera.** (2019). Quantitative assessment of Parkinsonian tremor by using biosensor device. Medicine (Baltimore) Journal. 98(51).

## VAI TRÒ CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ HO RA MÁU Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI

Nguyễn Văn Tiến Bảo<sup>1</sup>, Huỳnh Quang Huy<sup>2</sup>, Lê Văn Phước<sup>1</sup>, Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn<sup>1</sup>, Thái Ngọc Đăng<sup>1</sup>, Lê Văn Khoa<sup>1</sup>, Trần Quang Hiền<sup>3,4</sup>, Phạm Đăng Tú<sup>1</sup>, Tôn Long Hoàng Thân<sup>1</sup>, Trần Đức Hải<sup>1</sup>, Lê Nhật Minh<sup>1</sup>, Vũ Minh Ngọc<sup>1</sup>.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá tính hiệu quả và an toàn của can thiệp nội mạch điều trị ho ra máu ở bệnh nhân lao phổi; và đánh giá tỉ lệ tái phát sau can thiệp nội mạch. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu các trường hợp bệnh nhân ho ra máu do lao phổi được can thiệp nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2020 đến tháng 2 năm 2023. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 81 bệnh nhân (tỉ lệ nam/nữ là 2,1/1); trung bình 54,9 tuổi. 13,6% bệnh nhân là lao phổi cấp tính và 86,4% là di chứng lao phổi. 227 động mạch bệnh lý được xác định; trung bình: 2,8 ± 1,7 động mạch trên một bệnh nhân. Dấu hiệu chính trên chụp mạch bao gồm: tăng sinh mạch máu ngoại

biên (93,8%); phì đại gốc mạch, mạch máu giãn ngoằn ngoèo (86,4%); thông nối tuần hoàn phổi (39,5%); giả phình mạch (9,9%) và thoát mạch thuốc cản quang (1,2%). Thành công tức thời về mặt lâm sàng: 97,5%. Tỉ lệ tái phát trong vòng 6 tháng là 30,4%. Ủ nắm phổi (HR = 3,77; p = 0,009) và thông nối tuần hoàn phổi (HR = 4,81,77; p = 0,009) là các yếu tố nguy cơ liên quan tái phát ho ra máu. Biến chứng nặng ghi nhận 1 trường hợp (1,2%) nhồi máu não sau thuyên tắc. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là hiệu quả và an toàn để điều trị các trường hợp ho ra máu do lao phổi, tuy nhiên tỉ lệ tái phát sau can thiệp còn cao.

### SUMMARY

#### THE ROLE OF ENDOVASCULAR TREATMENT FOR MANAGEMENT OF HEMOPTYSIS DUE TO PULMONARY TUBERCULOSIS

**Objective:** the study aimed to evaluate the effectiveness and safety of endovascular treatment in tuberculosis patient with hemoptysis and evaluate the recurrence rate of hemoptysis after embolization. **Methods:** The retrospective cohort study of patients with hemoptysis due to pulmonary tuberculosis admitted to Cho Ray Hospital during the period from

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>3</sup>Sở Y tế An Giang

<sup>4</sup>Bệnh viện Sản - Nhi An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tiến Bảo

Email: Drnguyentienbao@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 7.12.2023

2020 to 2/2023. **Results:** The study was carried out on 81 patients (male to female ratio: 2,1/1; mean age 54,9). 13,6% patients had active TB and 86,4% patients had inactive TB (post-tuberculosis sequelae). A total of 227 bleeding arteries were found, an average of 2,8 arteries per patient. Important angiographics findings were: neovascularity and hypervascularity (93,8%), vascular hypertrophy and tortuosity (86,4%), shunting (39,5%), aneurysm formation (9,9%) and active extravasation (1,2%). Immediate clinical success achieved was 97,5% (79/81 patients) and 30,4% of patients had recurrent over 6 month. The risk factors associated with recurrence were pulmonary aspergilloma (HR = 3,77; p = 0,002) and the presence of shunts (HR = 4,81; p = 0,009). One patient (1,2%) had posterior circulation infarction after embolization (serve complications). **Conclusions:** Despite high hemoptysis recurrence rates, endovascular treatment is a safe and effective method for the management of hemoptysis in patient with tuberculosis. **Keywords:** massive hemoptysis, embolized arteries, clinical success, early recurrent.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ho ra máu là triệu chứng xảy ra tương đối nhiều ở các bệnh nhân nhập cấp cứu tại các trung tâm lao, bệnh phổi trên thế giới. Khoảng 5-15% trường hợp ho ra máu có thể đe dọa tính mạng, với tỉ lệ tử vong lên tới 50% nếu không điều trị kịp thời <sup>1</sup>.

Can thiệp nội mạch trên bệnh nhân ho ra máu được thực hiện đầu tiên bởi Rémy năm 1973, và hiện trở thành lựa chọn điều trị đầu tay trong các trường hợp ho ra máu nặng hoặc kéo dài<sup>2</sup>. Nghiên cứu hệ thống dựa trên 22 nghiên cứu lớn về can thiệp mạch điều trị ho ra máu của tác giả Panda ghi nhận thành công tức tức về mặt lâm sàng khoảng 70-99%<sup>2</sup>. Vấn đề tồn tại chính là tỉ lệ tái phát sau can thiệp vẫn còn cao từ 10 – 57%<sup>2</sup>, đặc biệt trên nhóm bệnh phổi mạn tính như lao phổi. Lao phổi và các di chứng của nó hiện là nguyên nhân phổ biến nhất gây ho ra máu ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Thực tế tại Việt Nam hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về tái phát ho ra máu sau thủ thuật can thiệp mạch cũng như phân tích các yếu tố liên quan tái phát. Với mong muốn đánh giá hiệu quả can thiệp nội mạch trên một nhóm số lượng bệnh nhân lớn hơn, cụ thể trên nhóm đối tượng có tỉ lệ tái phát sau thủ thuật cao là ho ra máu do lao phổi và di chứng của nó, và hiện chưa có nhiều nghiên cứu tại nước ta về vấn đề này, do đó chúng tôi thực hiện đề tài "*Vai trò can thiệp nội mạch trong điều trị ho ra máu ở bệnh nhân lao phổi*" tại bệnh viện Chợ Rẫy.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thiết kế nghiên cứu:** Đoàn hệ hồi cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân lao phổi hoặc di chứng lao phổi có triệu chứng ho ra máu được tiến hành thủ thuật can thiệp nội mạch để điều trị tại khoa Chẩn đoán hình ảnh BV Chợ Rẫy trong thời gian nghiên cứu (từ tháng 1/2020 đến tháng 2/2023), và được theo dõi trong vòng 6 tháng sau can thiệp.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) BN có các bệnh đồng mắc thời gian sống có thể dưới 6 tháng như ung thư phổi, suy tim tiến triển, suy thận giai đoạn cuối,..., (2) BN không đủ dữ liệu đánh giá tái phát (mất sổ khám bệnh, không liên lạc được trong quá trình theo dõi), (3) BN không đủ dữ liệu ghi hình chụp mạch số hóa xóa nền lưu trữ tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Chợ Rẫy.

**Phương tiện nghiên cứu:** Thủ thuật can thiệp tiến hành tại phòng DSA, BV Chợ Rẫy, trên máy chụp mạch máu số hóa xóa nền 1 và 2 bình diện Artis Zee (hãng Siemens, cộng hòa liên bang Đức). Quy trình can thiệp mạch dựa theo hướng dẫn của bộ Y tế. Vật liệu thuyên tắc chính là hạt PVA; hạt vi cầu và coils. Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch:

- Thành công tức thời về mặt lâm sàng: ngưng ho ra máu đỏ tươi trong vòng 24 giờ.
- Thất bại về mặt lâm sàng: còn ho ra máu đỏ tươi hoặc lượng máu đỏ bầm >100ml.
- Tái phát ho ra máu: xuất hiện ho ra máu trở lại sau thủ thuật thành công, lượng >30ml.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu:** Có 81 bệnh nhân thỏa tiêu chí nghiên cứu với các đặc điểm được mô tả ở bảng 1:

**Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi		54,9±14,7
Nam / Nữ		2,1 / 1
Tình trạng nhiễm lao	Cấp tính	13,6%
	Di chứng lao	86,4%
Có bệnh nền kèm theo		42%
Mức độ ho ra máu	Lượng nhiều	43,2%
	Lượng ít	56,8%
Mức độ suy hô hấp	Không suy hô hấp	80,2%
	Suy hô hấp cần thở Oxy	8,7%
	Suy hô hấp cần đặt NKQ	11,1%
Dấu hiệu trên chụp cắt lớp vi tính (chụp CLVT)	Tổn thương kính mờ	64,2%
	U nấm phổi	24,7%
	Giãn phế quản	43,2%

**2. Dấu hiệu bệnh lý trên chụp mạch xóa nền:**

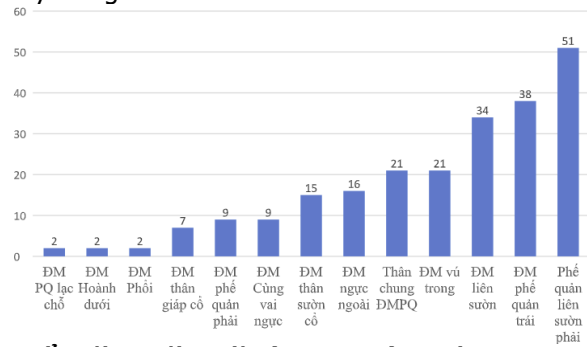
**Bảng 2: Dấu hiệu chụp mạch máu xóa nền**

Dấu hiệu	Tỷ lệ
----------	-------

	(%)
Tăng sinh mạch ngoại biên	93,8
Phi đại gốc, mạch máu giãn ngoằn ngoèo	86,4
Thông nối tuần hoàn phổi	39,5
Già phình mạch	9,9
Thoát mạch	1,2

Dấu hiệu thường gặp nhất trên hình chụp mạch là sự thay đổi về hình thái động mạch phế quản (phi đại gốc, xoắn vặn và tăng sinh mạch ngoại biên), Dấu hiệu đặc hiệu nhất là “thoát mạch thuốc cần quang” rất ít gặp.

**3. Số lượng động mạch bệnh lý:** Có 227 động mạch bệnh lý được phát hiện bao gồm 121 động mạch phế quản bệnh lý (53,3%), 104 động mạch hệ thống bệnh lý (45,8%) và 2 động mạch phổi bệnh lý (0,89%). Như vậy, ho ra máu từ nguồn động mạch phổi chiếm tỉ lệ 2,5%. Số động mạch bệnh lý trung bình trên một bệnh nhân là:  $2,8 \pm 1,7$  động mạch, bao gồm động mạch phế quản:  $1,5 \pm 0,7$  và ĐMHTKPQ:  $1,3 \pm 1,5$ . Danh pháp động mạch bệnh lý được trình bày trong biểu đồ 1:



**Biểu đồ 1: Tần số các ĐM chính gây ra ho ra máu trong nghiên cứu.**

ĐM PQLS phải là dạng động mạch bệnh lý thường gặp nhất.

**4. Đánh giá hiệu quả can thiệp nội mạch:** Thành công tức thời về mặt lâm sàng đạt được ở 79/81 bệnh nhân (tỉ lệ 97,5%). Có hai trường hợp bệnh nhân thất bại do mạch máu co thắt trong quá trình chọn lọc hoặc mạch máu xoắn vặn không chọn lọc được, lâm sàng còn ho ra máu đỏ tươi sau thủ thuật.

Theo dõi 6 tháng, có 24/79 bệnh nhân (30,4%) tái phát ho ra máu sau lần truyền tắc đầu tiên thành công. Tỉ lệ sống không ho ra máu tái phát cộng dồn (theo phân tích Kaplan-Meier) lần lượt là 96,2% (1 tháng); 88,5% (2 tháng); 79,5% (3 tháng); 77% (4 tháng); 74,4% (5 tháng) và 69,2% (6 tháng).

Yếu tố tiên lượng tái phát theo hồi quy Cox (bảng 3):

**Bảng 3: yếu tố tiên lượng tái phát sau can thiệp theo hồi quy Cox**

Đặc điểm	Giá trị p	Tỉ số Harzard	Khoảng tin cậy 95%
U năm	0,002	3,77	1,63 – 8,69
Thông nối	0,009	4,81	1,48 – 15,62
Động mạch hệ thống không phế quản	0,49	0,65	0,19 – 2,24

Như vậy u năm phổi và dấu hiệu thông nối là các yếu tố nguy cơ độc lập tiên lượng tái phát HRM sau can thiệp theo hồi quy Cox.

Biến chứng nặng: ghi nhận có 1 trường hợp nhồi máu tiểu não sau can thiệp nội mạch (1,2%). Các biến chứng khác như đau ngực, nôn ói, sốt đều nhẹ, tự giới hạn hoặc đáp ứng điều trị nội khoa.

**IV. BÀN LUẬN**

Tỉ lệ HRM lượng nhiều và ít ở trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nhau. Hiện tại tiêu chuẩn đánh giá độ nặng ho ra máu không thống nhất và có sự khác biệt giữa nhiều nghiên cứu, trung tâm trên thế giới. Việc lượng giá chủ yếu dựa vào thể tích máu bệnh nhân ho ra trong 24 giờ, vào khoảng từ 100-1000ml, mức ngưỡng tùy vào tác giả và nghiên cứu<sup>2</sup>. Quan điểm của chúng tôi, việc đánh giá mức độ nặng dựa trên lượng máu trong 24 giờ là đơn giản, thuận tiện có thể phân loại thành nhóm bệnh nhân nguy cơ biến chứng suy hô hấp cao và thấp.

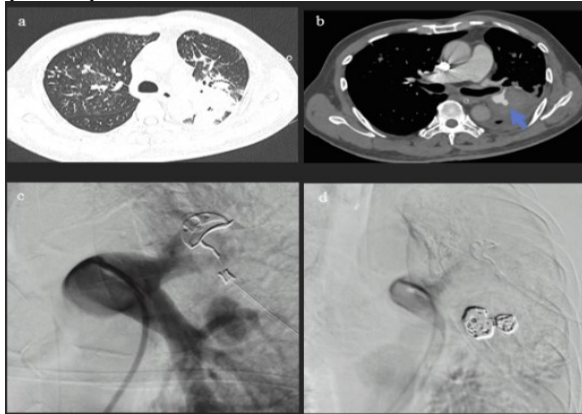
Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu “kính mờ” gặp trong 64,2 % trường hợp, là dấu hiệu thường gặp nhất trên CLVT, phản ánh tình trạng lòng phế nang bị lấp đầy bởi máu. Dấu hiệu “kính mờ” được xem là chìa khóa quan trọng để xác định vị trí chảy máu, từ đó định hướng cho các bác sĩ can thiệp vùng tổn thương cần tiếp cận. Tỉ lệ u năm phổi, (chủ yếu là hình ảnh “liềm khí”) được phát hiện thông qua chụp cắt lớp vi tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 24,7. Chúng tôi cho rằng, ở những bệnh nhân lao phổi cũ ho ra máu tái đi tái lại, cần phải tiến hành những chụp CLVT để truy tìm nguyên nhân trên.

Trong nghiên cứu chúng tôi, dấu hiệu “thoát mạch thuốc cần quang” chỉ gặp trong 1 trường hợp (1,2%) tương đồng với các tác giả Anuradha, Sarioglu<sup>3,4</sup>. Mặc dù được xem là dấu hiệu trực tiếp, đặc hiệu nhất cho xác định vị trí xuất huyết, tuy nhiên tần suất gặp rất ít. Phần lớn các động mạch bệnh lý được xác định nhờ dấu hiệu gián tiếp thông qua sự thay đổi về hình thái động mạch (như xoắn vặn, phi đại gốc

mạch) hoặc có tăng sinh mạch máu ngoại biên. Hiệp hội hình ảnh và can thiệp lồng ngực Ấn Độ, cũng khuyến cáo các trường hợp ho ra máu lượng ít nhưng chụp CLVT mạch máu cho thấy ĐMPQ giãn phì đại; tiến hành can thiệp sớm có thể giảm thời gian nằm viện (mức chứng cứ A) <sup>5</sup>.

Dấu hiệu này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Anuradha <sup>3</sup>, tương đương với Sarioglu <sup>4</sup>. Xác định sự hiện diện của thông nối có ý nghĩa trong lựa chọn vật liệu thuyên tắc. Không sử dụng hạt có phân tử < 300 μm để tránh nguy cơ hoại tử phổi. Trong trường hợp cần thiết, có thể sử dụng coils để giảm lưu lượng thông nối hỗ trợ thuyên tắc. Do dấu hiệu thông nối thường gặp hơn ở nhóm bệnh nhân lao phổi, do đó tác giả Sarioglu có nhận định rằng đối với các trường hợp ho ra máu đáng kể, chưa tìm được nguyên nhân, có dấu hiệu thông nối khi chụp mạch số hóa xóa nền, rất có thể, lao phổi là nguyên nhân tiềm ẩn.

Tỉ lệ phình mạch được tương đương với các nghiên cứu trên thế giới khoảng 3,4 – 14,7% <sup>3,6</sup>. Ở bệnh nhân lao phổi, giả phình mạch có thể hình thành do vỡ các thông nối phế quản – phổi. Cơ chế thứ hai là tình trạng viêm làm suy yếu thành mạch, với sự thay thế lớp áo giữa và áo ngoài bằng. Ở BN lao phổi đang hoạt động, tình trạng dẫn tới hình thành phình mạch Rasmussen (hình 1).



**Hình 1: Giả phình mạch (mũi tên) trong vùng đông đặc hoại tử (hình a,b) trên bệnh nhân lao phổi cấp tính được can thiệp mạch (hình c,d)**

ĐMPQ vẫn là nguồn chảy máu chính trong 65-86% trường hợp <sup>2</sup>. Chúng tôi ghi nhận ĐMPQ chiếm tỉ lệ 55,3%; 97,5% bệnh nhân đều có sự hiện diện ĐMPQ bệnh lý. Có 55,6% bệnh nhân có hiện diện ĐMHTKQP. Bỏ sót ĐMHTKQP trong chụp động mạch chẩn đoán có thể dẫn tới tái phát sớm (trong vòng 1 tháng) sau can thiệp.

Từ nghiên cứu đầu tiên được công bố của Rémy năm 1977 về hiệu quả của can thiệp nội mạch điều trị HRM, cho tới nay phương pháp này đã được sử dụng rộng rãi cho cả ho ra máu cấp tính và mạn tính tái phát dai dẳng. Hiệp hội hình ảnh học và can thiệp lồng ngực Ấn Độ khuyến cáo can thiệp mạch trong các trường hợp HRM đe dọa mạng sống (HRM lượng lớn), mức khuyến cáo A <sup>5</sup>.

Các nghiên cứu trong những năm gần đây quan tâm đến khái niệm “thành công về mặt kỹ thuật” được định nghĩa là thuyên tắc hoàn toàn động mạch bệnh lý bao gồm ĐMPQ và ĐMHTKQP. Nhìn chung thành công về mặt kỹ thuật trong khoảng 77 – 99%, với tỷ lệ gộp là 99% theo nghiên cứu gộp của Zheng <sup>7</sup>. Tỉ lệ “thành công về mặt kỹ thuật” trong lần thực hiện đầu tiên ở nghiên cứu của chúng tôi là 97,5%, ở mức cao như các nghiên cứu gần đây trên thế giới.

Hiệu quả lâm sàng được đánh giá bằng tình trạng “ngưng chảy máu” sau can thiệp. “Ngưng chảy máu” ở đây được hiểu là không còn ho ra máu đỏ tươi và lượng máu máu bầm ít hơn rõ rệt <sup>5</sup>. Thành công tức thời về mặt lâm sàng trong khoảng 70 – 99% <sup>2</sup>. Điều đó cho thấy can thiệp mạch là phương thức điều trị hiệu quả, hiện tại đã được xem là lựa chọn đầu tay trong các trường hợp ho ra máu nặng ở nước ta.

Mặc dù đạt kết quả rất tốt trong việc cầm máu tức thời, cũng như cải thiện về chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ho ra máu, tỉ lệ tái phát sau can thiệp vẫn đáng kể. Tỉ lệ tái phát HRM sau can thiệp nội mạch theo phân tích gộp khoảng 23,7% (trong khoảng 7,4 – 56,7%) <sup>7</sup>, tuy nhiên các nghiên cứu trên bệnh nhân lao phổi thường có tỉ lệ tái phát cao hơn. Tái phát sớm (trong vòng 1 tháng đầu) thường do thuyên tắc không hoàn toàn các nhánh động mạch bệnh lý còn tái phát muộn liên quan đến sự hình thành các mạch máu bàng hệ mới do tiến triển của bệnh lý nền <sup>2</sup>. U nấm phổi được xem có dự hậu xấu nhất, liên quan đến tỉ lệ tái phát lâu dài <sup>2</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi có 13 trên 19 bệnh nhân u nấm tái phát ho ra máu trong vòng 6 tháng, u nấm là yếu tố nguy cơ của tái phát HRM với hệ số HR = 3,77 (p = 0,002). chúng tôi nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi chặt chẽ nhóm đối tượng lao phổi có u nấm phổi, trong trường hợp chức năng hô hấp cho phép, u nấm khu trú một phân thùy phổi, việc chỉ định phẫu thuật nên được tiến hành sớm.

Như vậy, với tỉ lệ kiểm soát HRM là 69,2%, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy u nấm phổi, thông nối tuần hoàn phế quản – tuần hoàn

phổi là những yếu tố nguy cơ có ý nghĩa với biến cố HRM tái phát sớm trong vòng 6 tháng. Các bệnh nhân sau can thiệp mạch điều trị đều cần phải điều trị nguyên nhân gây HRM để tránh tái phát.

Biến chứng nặng của sau can thiệp mạch điều trị HRM, chủ yếu do chất thuốc tắc đi vào những vị trí không mong muốn, như: viêm tủy, nhồi máu tủy, hoại tử phế quản, đột quỵ não, ...<sup>2</sup>. Tỷ lệ biến chứng nặng chỉ vào khoảng 2%, và thực sự giảm trong những năm gần đây<sup>7</sup>. Tuy nhiên các bác sĩ can thiệp vẫn cần thận trọng và đánh giá kĩ lưỡng trong suốt quá trình thực hiện thủ thuật để phòng tránh một cách tối đa.

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch điều trị ho ra máu ở bệnh nhân lao phổi có hiệu quả tức cao, an toàn ít biến chứng nặng, tuy nhiên vẫn có tỉ lệ tái phát còn cao, nhất là ở bệnh nhân có u nấm phổi hoặc thông nối tuần hoàn phổi. Đề tài còn những hạn chế của phương pháp hồi cứu; do đó cần những nghiên cứu tiến cứu trong tương lai đánh giá về hiệu quả dài hạn của thủ thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dabo H, Gomes R, Marinho A, Madureira M, Paquete J, Morgado P.** Bronchial artery embolisation in management of hemoptysis-A retrospective analysis in a tertiary university hospital. *Rev Port Pneumol* (2006). Jan-Feb

2016;22(1):pp.

34-38.

doi:10.1016/j.rppnen.2015.09.001

2. **Panda A, Bhalla AS, Goyal A.** Bronchial artery embolization in hemoptysis: a systematic review. *Diagn Interv Radiol.* Jul-Aug 2017;23(4):307-317. doi:10.5152/dir.2017.16454

3. **Anuradha C, Shyamkumar NK, Vinu M, Babu NR, Christopher DJ.** Outcomes of bronchial artery embolization for life-threatening hemoptysis due to tuberculosis and post-tuberculosis sequelae. *Diagn Interv Radiol.* Jan-Feb 2012;18(1):pp. 96-101. doi:10.4261/1305-3825.dir.3876-11.2

4. **Sarioglu O, Capar AE, Yavuz MY, Belet U.** Angiographic Findings and Outcomes of Bronchial Artery Embolization in Patients with Pulmonary Tuberculosis. *Eurasian J Med.* Jun 2020;52(2):126-131. doi:10.5152/eurasianjmed.2020.19221

5. **Singhal R, K BS, Naranje P, et al.** Society of Chest Imaging and Interventions Consensus Guidelines for the Interventional Radiology Management of Hemoptysis. *Indian J Radiol Imaging.* Jul 2023;33(3):361-372. doi:10.1055/s-0043-1762552

6. **Seyyedi SR, Tabarsi P, Sadr M, et al.** Bronchial Angioembolization for Management of Hemoptysis Due to Pulmonary Tuberculosis. *Tanaffos.* Feb 2021;20(2):134-139.

7. **Zheng Z, Zhuang Z, Yang M, et al.** Bronchial artery embolization for hemoptysis: A systematic review and meta-analysis. *J Interv Med.* Nov 2021;4(4):172-180. doi:10.1016/j.jimed.2021.08.003

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NHỮNG SẢN PHỤ CÓ SEO PHẪU THUẬT LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN 198

Phùng Văn Huệ<sup>1</sup>, Phạm Huy Hiền Hào<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Hải<sup>3</sup>, Đinh Thị Xuân Nhi<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai tại bệnh viện 198. **Đối tượng và phương pháp:** Tất cả các sản phụ có tiền sử sinh bằng phương pháp phẫu thuật lấy thai một lần đến sinh tại bệnh viện 198 có chỉ định theo dõi sinh thường từ năm 2018 đến 2022. **Kết quả:** Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu đa số nằm trong độ tuổi sinh sản từ 20 -35 tuổi chiếm

95,5% với độ tuổi trung bình là 30,04 ± 3,1. Sản phụ bắt đầu theo dõi sinh thường chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm tuổi thai <35 tuần chiếm 78,9%. Sản phụ nhập viện cổ tử cung đã mở 2-3cm chiếm tỉ lệ cao nhất là 45,1%, với 46,6% cơn co tử cung đạt tần số 1-2. Khoảng cách giữa lần mổ lấy thai trước và mang thai lần này: Đa số là > 36 tháng chiếm 51,2%. Trung bình: 46,12 ± 18,75 tháng, thấp nhất là 12 tháng. Trọng lượng thai nhi 3000-3700 gram chiếm tỉ lệ cao nhất 59,4%. BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là 24,82 ± 2,7, cao nhất là 32,46. **Kết luận:** Sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai lần một có thể theo dõi sinh thường nếu đủ điều kiện. Phẫu thuật viên mổ lần đầu là người tư vấn tốt nhất cho lựa chọn phương pháp sinh lần sau cho sản phụ.

**Từ khóa:** Sinh đường âm đạo sau mổ lấy thai, thử nghiệm chuyển dạ sau phẫu thuật lấy thai

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL

<sup>1</sup>Bệnh viện 198

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>4</sup>Đại học Y Quốc gia Odessa

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Văn Huệ

Email: phungvanhue198@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023