

**GÂY TẮC ĐỘNG MẠCH PHẾ QUẢN ĐIỀU TRỊ HO RA MÁU Ở MỘT SỐ
BỆNH PHỔI - PHẾ QUẢN
TẠI KHOA LAO VÀ BỆNH PHỔI, BỆNH VIỆN 103**

Tạ Bá Thăng*

Đỗ Quyết*

Nguyễn Huy Lục*

Đông Khắc H- ng* và CS

TÓM TẮT

Nghiên cứu kết quả gây tắc động mạch phế quản điều trị ho ra máu ở 36 BN tại Khoa Lao và Bệnh phổi - Bệnh viện 103 từ tháng 1-2005 đến 7-2006, b- ớc đầu chúng tôi nhận thấy: kết quả tốt 77,78%, trung bình 22,22% và không có BN nào điều trị thất bại. Kết quả gây tắc động mạch phế quản (GTĐMPQ) điều trị ho ra máu ở BN giãn phế quản và ung th- phế quản cao hơn so với BN lao phổi (77,78 - 82,61% so với 50%). GTĐMPQ đạt kết quả cao nhất ở BN có biểu hiện giãn cuống động mạch phế quản (ĐMPQ) (92,85%). Sốt, đau ngực trong 3 ngày đầu sau GTĐMPQ. Không gặp các biến chứng nguy hiểm cho BN.

* Từ khoá: Gây tắc động mạch phế quản; Ho ra máu; Giãn phế quản; Lao phổi; Ung th- phế quản.

**INITIAL RESULTS OF BRONCHIAL ARTERIAL EMBOLIZATION
TO TREAT HEMOPTYSIS IN SOME BRONCHOPULMONARY DISEASES AT
DEPARTMENT OF TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE, 103
HOSPITAL**

Ta Ba Thang

Do Quyet

Nguyen Huy Luc

Dong Khac Hung et al

SUMMARY

Study results of bronchial arterial embolization to treat hemoptysis in 36 patients in the Department of Tuberculosis and Lung disease - Hopital 103 during the time 1-2005 to 7-2006, we showed initial results: 77.78% patients had good results, with moderate results 22.22% of patients and no patients with bad results. Patients with bronchiectasis and bronchial cancer had better results than patients with lung tuberculosis. Patients with enlargement of the bronchial arterial root had the best result. 13.89% of patients had

fever; 52.78% of patients had chest pain , it lasted 3 days after bronchial arterial embolization.

* *Key words: Bronchial arterial embolization; Hemoptysis; Bronchiectasis; Lung tuberculosis; Bronchial cancer.*

* *Bệnh viện 103*

Phản biện khoa học: PGS. TS. Đặng Ngọc Hùng

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho ra máu (HRM) là một cấp cứu thường gặp trong chuyên khoa lao và bệnh phổi. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Hoàng Minh (1996), HRM chiếm 63,96% bệnh nhân (BN) vào Khoa Hồi sức cấp cứu tại Viện Lao và Bệnh phổi Trung - ương [1]. Nguyên nhân HRM rất đa dạng, bao gồm cả các bệnh của phế quản, nhu mô phổi và cả những bệnh lý khác ngoài phổi (bệnh lý tim mạch, toàn thân .v.v.) [9, 10]. Ở nước ta, nguyên nhân HRM gặp chủ yếu là lao phổi, giãn phế quản, ung thư phế quản [1, 2]. Điều trị cấp cứu HRM bao gồm cấp cứu nội khoa và ngoại khoa: cấp cứu nội khoa chủ yếu là dùng thuốc co mạch, thuốc làm chậm quá trình tiêu cục máu đông, truyền máu, nội soi phế quản cầm máu tại chỗ.v.v. Tuy nhiên các biện pháp điều trị này chỉ cầm máu tạm thời và rất khó khăn trong trường hợp HRM nặng đe dọa tính mạng BN và HRM tái phát. Điều trị ngoại khoa HRM là một can thiệp nặng nề và khó thực hiện khi điều kiện BN không cho phép [1, 6, 7]. GTĐMPQ điều trị HRM là một kỹ thuật can thiệp mạch đã được thực hiện từ thế kỷ trước, nhưng hiện nay kỹ thuật này vẫn được áp dụng phổ biến trong điều trị HRM bởi hiệu quả cầm máu cao hơn các biện pháp cầm máu nội khoa, quá trình can thiệp trên BN nhẹ nhàng, ít tai biến và quan trọng là tránh được can thiệp ngoại khoa ở BN HRM [2, 8, 10]. Từ năm 2003, chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật GTĐMPQ để điều trị HRM tại Bệnh viện 103. Đề tài này được thực hiện với mục tiêu: ***Tìm hiểu đặc điểm ho ra máu ở một số bệnh phổi - phế quản và đánh giá kết quả bước đầu gây tắc động mạch phế quản điều trị ho ra máu.***

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

36 BN được chẩn đoán xác định là HRM do lao phổi, GPQ và UTPQ, trong đó nam 30, nữ 6, tuổi trung bình $47,8 \pm 20,29$, điều trị tại Khoa Lao và Bệnh phổi, Bệnh viện 103 từ tháng 1- 2005 – 7-2006.

BN đ-ợc xác định là HRM do lao phổi dựa vào lâm sàng và hình ảnh X quang gợi ý, soi AFB đờm (+). BN đ-ợc xác định là HRM do UTPQ dựa vào lâm sàng và hình ảnh X quang gợi ý, chẩn đoán tế bào, mô bệnh qua nội soi sinh thiết (+). BN đ-ợc xác định là HRM do GPQ dựa vào lâm sàng và hình ảnh X quang phổi chuẩn gợi ý, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có hình ảnh GPQ.

Tất cả BN đều đ-ợc điều trị HRM bằng nội khoa theo phác đồ thống nhất tại Khoa Lao và Bệnh phổi - Bệnh viện 103 ngay khi vào viện và không hết HRM mới tiến hành GTĐMPQ. Loại trừ các BN HRM có chống chỉ định với chụp động mạch phế quản.

2. Ph-ong pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiến cứu.

- Nghiên cứu lâm sàng: thời gian mắc bệnh, thời gian HRM, mức độ HRM.

- Gây tắc động mạch phế quản điều trị ho ra máu:

+ Chụp ĐMPQ: BN đều đ-ợc chụp ĐMPQ bằng máy tăng sáng truyền hình của hãng Simazhu (Nhật Bản) và máy chụp mạch kỹ thuật số xoá nền loại Philips Tntegris Allura 9F tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện 103 theo quy trình thống nhất: Chọc kim qua động mạch đùi, luồn catheter vào ĐMPQ, bơm cản quang (Telebrex) chụp ĐMPQ. Phân tích và đánh giá các thay đổi bệnh lý của ĐMPQ theo tiêu chuẩn của Remy J. và CS (1980) [10].

+ GTĐMPQ theo quy trình của Remy J. và CS (1980) [10]: dùng chất gây tắc là hạt polyvinyl (Contour) kích cỡ 350 μ m của hãng Boston Scientific Cork Ltd và spongel của hãng Johnson (Hoa Kỳ) bơm vào ĐMPQ bệnh lý cho đến khi tắc hoàn toàn động mạch. Chiếu hoặc chụp lại không còn hình ảnh ĐMPQ vừa gây tắc và kết thúc thủ thuật.

- Đánh giá kết quả GTĐMPQ điều trị HRM: theo 3 mức.

. Tốt: BN hết HRM ngay sau GTĐMPQ và không tái phát HRM trong thời gian \leq 1 tuần.

. Trung bình: BN hết HRM ngay sau GTĐMPQ và có tái phát HRM nhẹ, sau đó hết HRM bằng điều trị nội khoa trong thời gian \leq 1 tuần.

. Kém: BN không hết HRM sau GTĐMPQ hoặc có tái phát HRM và không hết HRM khi điều trị nội khoa trong thời gian \leq 1 tuần.

+ Đánh giá các tai biến, biến chứng sau GTĐMPQ: theo dõi các triệu chứng nh- sốt, đau ngực. v. v. trong vòng 1 tuần sau GTĐMPQ.

- Xử lý số liệu: nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm Epi.info 6.0.

1. Đặc điểm ho ra máu ở BN nghiên cứu.

Nguyên nhân HRM do GPQ chiếm tỷ lệ cao nhất (63,89%), tiếp đến UTPQ (25%), HRM do lao phổi chiếm 11,11%.

Bảng 1: Mức độ HRM.

NGUYÊN NHÂN HRM Mức ĐỘ HRM	n (%)		
	Lao phổi (n=4)	GPQ (n=23)	UTPQ (n=9)
Nhẹ	0	13 (56,52%)	7 (77,78%)
Trung bình	2 (50%)	6 (26,09%)	1 (11,11%)
Nặng	2 (50%)	4 (17,39%)	1 (11,11%)
Tổng	4 (11,12%)	23 (63,88%)	9 (25%)

* Ở BN UTPQ và GPQ gặp chủ yếu HRM nhẹ (56,52 – 77,7%). ở BN lao phổi gặp HRM mức trung bình và nặng nh- nhau (50%) và không gặp HRM nhẹ.

2. Kết quả GTĐMPQ điều trị HRM.

GTĐMPQ điều trị HRM ở BN lao phổi, GPQ và UTPQ đều đạt kết quả tốt và trung bình, trong đó kết quả tốt 77,78% ($p < 0,05$).

Bảng 2: Kết quả GTĐMPQ điều trị HRM theo nguyên nhân.

NGUYÊN NHÂN HRM KẾT QUẢ	n (%)		
	Lao phổi	GPQ	UTPQ
Tốt	2 (50%)	19 (82,61%)	7 (77,78%)
Trung bình	2 (50%)	4 (17,39%)	2 (22,22%)
Kém	0	0	0
Tăng	4 (11,12%)	23 (63,18%)	9 (25%)

* Ở nhóm BN GPQ và UTPQ, kết quả GTĐMPQ điều trị HRM tốt chiếm đa số (77,78 – 82,61%), ở nhóm lao phổi kết quả tốt và trung bình t-ong đ-ong nhau (50%) ($p < 0,05$).

Bảng 3: Kết quả GTĐMPQ điều trị HRM theo thay đổi hình thái ĐMPQ.

THAY ĐỔI HÌNH THÁI ĐMPQ KẾT QUẢ	n (%)		p
	Giãn cứng	Giãn cứng + thay đổi phân bố	
Tốt (n=28)	13 (92,85%)	15 (71,42%)	< 0,05
Trung bình (n=8)	1 (7,15%)	7 (28,58%)	
Kém (n=0)	0	0	

* Kết quả GTĐMPQ đều tốt ở các hình thái biến đổi ĐMPQ (71,42-92,85%), nh- ng ở BN có biểu hiện giãn cứng ĐMPQ thì kết quả tốt chiếm tỷ lệ rất cao (92,85%) với $p < 0,05$.

Bảng 4: Một số biểu hiện lâm sàng không mong muốn sau GTĐMPQ điều trị HRM.

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG THỜI GIAN (ngày)	n (%)		p
	Sốt	Đau ngực	
≤ 3	5 (13,89%)	19 (52,78%)	< 0,05
> 3	0	4 (11,11%)	
Tổng	5 (13,89%)	23 (63,88%)	

* Sau GTĐMPQ có một số biểu hiện lâm sàng không mong muốn trong vòng 3 ngày đầu tiên nh- sốt (13,89%), đau ngực (52,78%), riêng đau ngực kéo dài trên > 3 ngày gặp ở 11,11% BN. Tuy nhiên các triệu chứng này giảm và hết khi điều trị thuốc, không gây nguy hiểm cho BN.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm ho ra máu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy HRM do GPQ chiếm tỷ lệ cao nhất (63,88%), tiếp đến UTPQ (25%), HRM do lao chỉ chiếm 11,12% (biểu đồ 1). Ở BN UTPQ và GPQ gặp chủ yếu HRM nhẹ (56,52 - 77,7%), BN lao phổi gặp HRM trung bình và nặng nh- nhau (50%) và không gặp HRM nhẹ (bảng 1). Hoàng Minh (1996) thấy nguyên nhân HRM do lao phổi chiếm tỷ lệ hàng đầu trong các nguyên nhân HRM vào cấp cứu tại Viện Lao và Bệnh phổi Trung - ơng, tiếp đến là do GPQ [1]. Murray J. F. (2000) thấy ở Hoa Kỳ nguyên nhân HRM do GPQ đứng đầu, tiếp đến là UTPQ, trong đó đa số BN là HRM mức độ nhẹ [9]. Trong nghiên cứu nguyên nhân HRM do GPQ chiếm đa số, có thể BN GPQ th- ờng có HRM tái diễn nhiều lần nên chúng tôi lựa chọn là đối t- ợng chính để điều trị GTĐMPQ.

2. Kết quả GTĐMPQ điều trị ho ra máu.

* GTĐMPQ điều trị HRM ở BN lao phổi, GPQ và UTPQ đều đạt kết quả tốt và trung bình, trong đó kết quả tốt 77,78% ($p < 0,05$) (biểu đồ 2). D- Đức Thiện (2001) thấy kết quả điều trị cầm máu tạm thời HRM của GTĐMPQ đạt 100% và kết quả điều trị lâu dài đạt 91% [2]. Hansell, D. M. (1995) thấy hiệu quả của GTĐMPQ điều trị HRM đạt 75 – 90% [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi t- ơng tự nh- nhận xét của các tác giả trên.

* Kết quả GTĐMPQ điều trị HRM do GPQ và UTPQ b- ớc đầu cho thấy kết quả tốt chiếm đa số (77,78 – 82,61%).

* GTĐMPQ điều trị HRM ở BN lao phổi đạt tốt và trung bình t- ơng đ- ơng nhau (50%) ($p < 0,05$) (bảng 2). D- Đức Thiện (2001) cũng nhận thấy hiệu quả GTĐMPQ điều trị HRM ở BN lao phổi thấp hơn so với BN GPQ [2]. Nh- vậy, kết quả điều trị HRM do lao có thể còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nh- dùng thuốc chống lao, thời gian điều trị. v. v.

* GTĐMPQ đều đạt kết quả tốt ở các hình thái biến đổi ĐMPQ (71,42 – 92,85%), nh- ng ở BN có biểu hiện giãn cuống ĐMPQ thì kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (92,85%) ($p < 0,05$) (bảng 3). Theo Rémy, J. và CS (1990), ở BN có kiểu biến đổi hình thái ĐMPQ phối hợp thì GTĐMPQ khó hơn bởi chúng th- ờng có nhánh nối với nhiều nguồn động mạch khác, cho nên kết quả GTĐMPQ để cầm máu th- ờng thấp hơn so với BN chỉ giãn cuống ĐMPQ [10]. Do vậy, trên lâm sàng để đạt hiệu quả GTĐMPQ cao nên dùng cả spongel và hạt polyvinyl để gây tắc cả phần cuống và phần ngoại vi của ĐMPQ.

* Các biểu hiện lâm sàng không mong muốn sau GTĐMPQ trong vòng 3 ngày đầu tiên nh- sốt (13,89%), đau ngực (52,78%), riêng đau ngực kéo dài trên > 3 ngày còn gặp ở 11,12% BN, nh- ng các biểu hiện này giảm và hết khi điều trị bằng thuốc và không gặp các biến chứng gây nguy hiểm (bảng 4). Kết quả này cũng t- ơng tự nh- nhận xét của các tác giả [2, 5, 10].

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, b- óc đầu chúng tôi nhận thấy kết quả nh- sau:

- Ở BN UTPQ và GPQ gặp chủ yếu HRM nhẹ (56,52 - 77,7%), ở BN lao phổi gặp HRM trung bình và nặng nh- nhau (50%).

- GTĐMPQ điều trị HRM đạt kết quả tốt 77,78%, trung bình 22,22% và không có BN nào điều trị thất bại. Kết quả GTĐMPQ điều trị HRM ở BN GPQ và UTPQ cao hơn so với BN lao phổi (77,78 - 82,61% so với 50%). GTĐMPQ đạt kết quả cao nhất ở những BN có biểu hiện giãn cuống ĐMPQ (92,85%).

- Sau GTĐMPQ, sốt (13,89%), đau ngực (52,78%), riêng đau ngực kéo dài trên > 3 ngày còn gặp ở 11,12% BN. Không gặp các biến chứng nguy hiểm.

Nh- vậy, GTĐMPQ điều trị HRM là thủ thuật an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Minh. Cấp cứu ho ra máu. Bệnh học phổi và lao. Tập 1, NXB y học, Hà Nội 1996, tr 190-198.
2. Du Đức Thiện. Nghiên cứu hình thái động mạch phế quản trong một số bệnh phổi mạn tính và khả năng gây tắc mạch điều trị ho ra máu. Luận án tiến sỹ y học. ĐH Y Hà Nội, Hà Nội 2001.
3. Brewis R.A.L., White F.E. Anatomy of the thorax, Respiratory medicine. 2ndEd, WB. Saunders Company, Philadelphia, 1995, p 22-72.
4. Bronckmans J.F. Tuberculosis control in low- prevalence countries. Tuberculosis a comprehensive international approach, Marcel Dekker. Inc, NewYork, 2000, p 76-93.
5. Hansell D.M. Thoracic imaging, Respiratory medicine. 2ndEd, WB. Saunders Company, Philadelphia, 1995, p 278-317.
6. Iseman M.D. Clinical presentations: Pulmonary tuberculosis in adults. A clinicians guide to tuberculosis, Lippincott Williams and Wilkins, 2000, p 129-144.
7. Kaiser L.R. Non-small cell lung cancer - Clinical aspects, Diagnosis, Staging, and Treatment. Fishman,s pulmonary diseases and disorders, 3th Ed, McGraw-Hill, NewYork, 1998, p 642-651.
8. Malik A.B., Vogel S.M., Minshall R.D. et al. Pulmonary circulation and regulation of fluid balance. Textbook of respiratory medicine, 3th Ed., WB. Saunders Company, Philadelphia, 2000, p 119-154.
9. Muray J.F. History and physical examination. Textbook of respiratory medicine, 3th Ed., WB. Saunders Company, Philadelphia, 2000, p 585-606.

10. Rémy J., Smiht M., Lemaitre L. *et al.* Treatment of massive haemoptysis by occlusion of a rasmussen aneurysm, Ann. J. Roentgenol.. 1980, 135 (3), p 605-606.