

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU GÂY TẮC ĐỘNG MẠCH PHẾ QUẢN ĐIỀU TRỊ HO RA MÁU NẶNG DO LAO PHỔI

TRẦN BÁ THẮNG - Bệnh viện 103  
NGUYỄN SĨ TÙNG - Học viện Quân y

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu kết quả gây tắc động mạch phế quản điều trị ho ra máu nặng ở bệnh nhân lao phổi.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 21 bệnh nhân ho ra máu nặng do lao phổi tại khoa lao và bệnh phổi-Bệnh viện 103 từ tháng 1/2007 - 4/2008.

**Kết quả:** Kết quả cầm máu tức thì của gây tắc ĐMPQ: 95,2% bệnh nhân có kết quả tốt, chỉ có 4,8% bệnh nhân đạt kết quả kém. Tỷ lệ ho ra máu tái phát sau 6 tháng gặp 19,1%. Sốt gặp 47,6%, đau ngực gặp 14,2% sau gây tắc động mạch phế quản và không gặp các biến chứng nguy hiểm cho bệnh nhân.

**Kết luận:** Kỹ thuật gây tắc ĐMPQ điều trị ho ra máu nặng ở bệnh nhân lao phổi đạt kết quả cao, an toàn.

**Từ khóa:** Gây tắc động mạch phế quản; Ho ra máu nặng; Lao phổi.

## SUMMARY

**Objects:** Study on results of bronchial arterial embolisation treated massive hemoptysis in patients with lung tuberculosis.

**Subjects and methods:** The retrospective and prospective study on in 21 patients with bronchiectasis at Departement of tuberculosis and lung disease-Hospital 103 from Jan-2007 to Decem-2007.

**Results:** The early results of bronchial arterial embolisation: 95.2% patients had good results and 4.8% patients with bad results. 19.1% patients developed recurrent hemoptysis after 6 months. The complications of embolization: 47.6% patients had fever, 14.2% patients had chest pain, but no severe complication.

**Conclusion:** The bronchial arterial embolisation for treatment of massive hemoptysis in patients with lung tuberculosis had good result and safety.

**Keywords:** Bronchial arterial embolisation; Massive hemoptysis; Lung tuberculosis.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao phổi (LP) hiện nay vẫn là mối quan tâm của các nước trên thế giới, đặc biệt là các nước đang phát triển bởi tỉ lệ mắc cao và đang có xu hướng gia tăng. Ho ra máu (HRM) là một biến chứng hay gặp và đôi khi nguy hiểm đe dọa đến tính mạng ở bệnh nhân LP [1, 2, 3]. Điều trị HRM bao gồm các phương pháp điều trị nội khoa, ngoại khoa. Điều trị nội khoa chủ yếu sử dụng thuốc co mạch, thuốc làm chậm quá trình tiêu cục máu đông, truyền máu. Tuy nhiên hiệu quả điều trị nội khoa HRM đôi khi thất bại, đặc biệt ở những bệnh nhân HRM nặng và rất nặng tỷ lệ tử vong trong điều trị nội khoa rất cao (50-100%). Phương pháp phẫu thuật có tỷ lệ tử vong thấp hơn (từ 7,1%-18,2%), nhưng nếu là phẫu thuật cấp cứu thì tỷ lệ tử vong tăng tới xấp xỉ 40% [4]. Gây tắc động mạch phế quản (ĐMPQ) điều trị HRM là một kỹ thuật can thiệp mạch được thực hiện

lần đầu tiên bởi Rémy J. từ năm 1973. Hiện nay kỹ thuật này vẫn được áp dụng phổ biến trong điều trị HRM do có hiệu quả cầm máu cao, quá trình can thiệp nhẹ nhàng, ít biến chứng [3, 4, 5, 6]. Từ năm 2003, chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật gây tắc ĐMPQ điều trị HRM tại Bệnh viện 103 và đã đạt được hiệu quả điều trị bước đầu tốt. Do vậy mục tiêu nghiên cứu của đề tài là: Đánh giá kết quả gây tắc động mạch phế quản điều trị ho ra máu nặng ở bệnh nhân lao phổi.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** 21 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là HRM mức độ nặng do lao phổi, tuổi trung bình  $36,8 \pm 16,5$ , nam 16, nữ 5, điều trị tại khoa Lao và bệnh phổi Bệnh viện 103 từ 1/2007 đến tháng 4/2008.

Chẩn đoán xác định HRM dựa vào lâm sàng, hình ảnh Xquang và loại trừ các bệnh nhân chảy máu đường hô hấp trên và xuất huyết tiêu hóa. Phân loại mức độ HRM nặng theo Hoàng Minh (1996) [1]. Chẩn đoán xác định lao phổi dựa vào lâm sàng và hình ảnh Xquang gợi ý, soi AFB đờm (+). Loại trừ bệnh nhân có chống chỉ định chụp và gây tắc ĐMPQ.

## 2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân đều được chụp Xquang phổi chuẩn tại Khoa chẩn đoán hình ảnh-Bệnh viện 103.

- Chụp ĐMPQ dựa trên kỹ thuật chụp mạch qua da của Seldinger, tiến hành trên máy chụp mạch một bình điện loại Integris Allura (Hãng Philips-CHLB Đức), tại khoa chẩn đoán hình ảnh-Bệnh viện 103: Chọc động mạch đùi, luồn catheter Cobra chụp ĐMPQ bằng dung dịch cản quang Telebex32. Phân tích và đánh giá những kiểu thay đổi về hình thái ĐMPQ theo Rémy J. (1980). Gây tắc ĐMPQ theo quy trình của Rémy J. (1980) [10] có cải tiến: lựa chọn ĐPMQ gây tắc, gây tắc đầu ngoại vi bằng hạt polyvinyl alcohol (PVA) của hãng Boston Scientific Cork Ltd (Hoa Kỳ) có kích thước  $350 \mu\text{m}$ , tắc đầu trung tâm bằng Spongel (Hãng Johnson-Hoa Kỳ).

- Đánh giá kết quả cầm máu tức thì của gây tắc ĐMPQ:

. Kết quả tốt: bệnh nhân hết HRM ngay sau gây tắc ĐMPQ và không tái phát HRM trong thời gian  $\leq 1$  tuần.

. Kết quả kém: bệnh nhân không hết HRM sau gây tắc ĐMPQ hoặc có tái phát HRM trong thời gian  $> 1$  tuần.

- Theo dõi tỉ lệ HRM tái phát ở bệnh nhân sau gây tắc ĐMPQ 6 tháng: Định kì hẹn bệnh nhân đến khám vào các thời điểm 1, 3, 6 tháng sau gây tắc ĐMPQ.

- Đánh giá các biến chứng sau gây tắc ĐMPQ: theo dõi các triệu chứng như sốt, đau ngực.v.v. trong vòng 1 tuần sau gây tắc ĐMPQ.

- Xử lý số liệu trên phần mềm EPI.6 của Tổ chức y tế Thế giới.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thay đổi hình thái ĐMPQ ở bệnh nhân lao phổi.

Thay đổi hình thái ĐMPQ	n	%
Giãn, phình thân động mạch	1	4,7
Tăng sinh mạch ngoại vi	3	14,2
Thay đổi hình thái phối hợp	17	81,1
Tổng	21	100

bệnh nhân lao phổi, tỉ lệ bệnh nhân có thay đổi hình thái ĐMPQ phối hợp (giãn thân + tăng sinh mao mạch ngoại vi) chiếm tỷ lệ cao nhất (81,1%), tiếp đến là tăng sinh mao mạch ngoại vi (14,2%), giãn thân ĐMPQ đơn thuần chiếm tỉ lệ thấp (4,7%).

Bảng 2: Kết quả cầm máu tức thì của gây tắc ĐMPQ.

Kết quả	Tốt	Kém
n	20	95,2
%	1	4,8

Gây tắc ĐMPQ cầm máu tức thì ở bệnh nhân HRM nặng do lao phổi với kết quả tốt là 95,2%, chỉ có 4,8% bệnh nhân đạt kết quả kém.

Bảng 3: Kết quả cầm máu của gây tắc ĐMPQ trong 6 tháng.

Kết quả	Ngừng HRM trong 6 tháng	Tái phát HRM trong 6 tháng
n	17	4
%	80,9	19,1

Sau 6 tháng, kết quả ngừng HRM ở bệnh nhân LP sau gây tắc ĐMPQ là 89,8%, tỷ lệ tái phát HRM là 19,1%.

Bảng 4: Biến chứng sau gây tắc ĐMPQ.

Biến chứng	n	%
Đau ngực	10	47,6
Sốt	3	14,2

Sau gây tắc ĐMPQ, đau ngực là biến chứng gặp nhiều nhất (47,6%), sốt gặp 14,2%, các biến chứng này đều hết trong vòng 48-72h sau khi được điều trị bằng thuốc giảm đau, hạ sốt thông thường.

### BÀN LUẬN

**1. Kết quả điều trị HRM bằng gây tắc ĐMPQ ở bệnh nhân lao phổi có HRM nặng.**

- Kết quả cầm máu tức thì của gây tắc ĐMPQ: Kết quả của chúng tôi cho thấy, gây tắc ĐMPQ cầm máu tức thì ở bệnh nhân HRM nặng do lao phổi với kết quả tốt là 95,2%, chỉ có 4,8% bệnh nhân đạt kết quả kém. Theo Katoh A và cs (2000), tỷ lệ thành công cầm máu tức thì của gây tắc ĐMPQ đạt từ 73% - 98% [7]. Nghiên cứu của Dư Đức Thiện (2003) ghi nhận 100% đạt hiệu quả ngừng HRM tức thì [2]. Swanson K.L. và cs (2002) thực hiện gây tắc mạch trên 54 bệnh nhân, hiệu quả cầm máu tức thì đạt 98% [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Tuy nhiên chúng tôi cũng gặp tỉ lệ bệnh nhân có kết quả cầm máu kém là 4,8%. Goth P.Y.T. và cs (2002) thấy rằng có tỉ lệ nhất định bệnh nhân HRM do LP mà gây tắc ĐMPQ thất bại nhất là ở bệnh nhân có thay đổi hình thái ĐMPQ phức tạp và có những nguồn mạch không thuộc ĐMPQ [5]. Trong các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu là

thay đổi hình thái ĐMPQ phối hợp (81,1%), do vậy có thể đây cũng là một lí do mà gây tắc ĐMPQ đạt kết quả kém.

- Kết quả cầm máu lâu dài của gây tắc ĐMPQ: Chúng tôi thấy sau 6 tháng, kết quả ngừng HRM ở bệnh nhân LP sau gây tắc ĐMPQ là 89,8%, tỷ lệ tái phát HRM là 19,1%. Theo Yoo W. và cs (2002), tỷ lệ ngừng HRM trong thời gian từ 1- 46 tháng là từ 10- 52%. HRM tái phát sau gây tắc ĐMPQ có thể do nguyên nhân nhiều nguyên nhân như: gây tắc mạch chưa triệt để, tái lưu thông mạch máu đã gây tắc, tái tạo tuần hoàn bên, hoặc do điều trị lao không hiệu quả, do tổn thương các ĐM không thuộc ĐMPQ [10]. Kết quả tái phát HRM sau gây tắc ĐMPQ ở bệnh nhân LP còn liên quan đến nguyên nhân gây HRM sau lao như: lao tái phát (đặc biệt các thể lao mạn tính), giãn phế quản hoặc u nấm aspergillus phát triển sau lao [6, 7]. Do vậy ở những bệnh nhân LP có HRM tái phát sau 6 tháng thì cần phải xác định rõ nguyên nhân gây HRM để có biện pháp điều trị thích hợp.

**2. Các biến chứng sau gây tắc ĐMPQ.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau gây tắc ĐMPQ, đau ngực là biến chứng gặp nhiều nhất (47,6%), sốt gặp 14,2%. Các biến chứng này đều hết trong vòng 48-72h sau khi được điều trị bằng thuốc giảm đau, hạ sốt thông thường. Tỉ lệ các biến chứng này cũng gặp tương tự như các nghiên cứu của tác giả ngoài nước [3, 6, 7].

Nhiều nghiên cứu có đề cập đến biến chứng nguy hiểm nhất của gây tắc ĐMPQ mà nhiều nghiên cứu đề cập đến là tắc các động mạch sừng trước tủy sống gây tổn thương tủy, biểu hiện sàng là liệt chi dưới, gặp với tỷ lệ 1,4% - 6,5%, hoặc có thể gặp tắc mạch não, mạc treo v.v. [3,4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi gây tắc ĐMPQ sử dụng hạt PVA, đây là hạt có kích thước >350µm nên không thể di chuyển quá xa qua các nhánh nối (đường kính < 300µm), nên khó đến đến các nhánh của động mạch sừng trước tủy sống, mặt khác các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân có nhánh nối động mạch này rất hiếm. Hơn nữa, khi gây tắc ĐMPQ, chúng tôi thực hiện đúng kỹ thuật đưa đầu Catheter vào sâu trong cuống ĐMPQ, không để vật liệu gây tắc trào ngược về thân động mạch chủ. Do vậy, không gặp trường hợp nào có biến chứng tắc mạch ở các cơ quan khác như các nghiên cứu của các tác giả nêu ra.

### KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu hiệu quả gây tắc ĐMPQ điều trị HRM nặng ở bệnh nhân lao phổi, bước đầu chúng tôi nhận thấy:

- Gây tắc ĐMPQ điều trị HRM nặng có tỷ lệ cầm máu tức thì cao (95,2%). Tỷ lệ tái phát sau 6 tháng gặp 19,1%.

- Biến chứng sau gây tắc thường gặp là đau ngực (47,6%) và sốt (14,2%). Không gặp biến chứng nặng và nguy hiểm.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoàng Minh, Cấp cứu hoa ra máu, Bệnh học phổi và lao, NXB y học, Hà Nội 1996, Tập 1, tr 190-198.
- Dư Đức Thiện, Nghiên cứu hình ảnh 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 khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội 2001.

3. Cheng L.F., Fung E.P.Y. Hon T.Y.W., Bronchial artery embolization for acute massive hemoptysis: Restrospective study, JHK Coll radiology 2000, 8: 15-9.

4. Gregorio M.A., Medrano J, Laborda A. et al, Hemoptysis Workup Before Embolization: Single-Center Experience with a 15-year Period Follow-Up, Tech. Vasc. Interventional Rad., 2007, 10: 270-273.

5. Goth P.Y.T, Lin M., Teo N. et al, Embolization for hemoptysis: a six-year review, Cardiovasc Intervent Radiol 2002, 25:17-25.

6. Hayakawa K., Tanaka F., Torizuka T. et al., Bronchial artery embolization for hemoptysis: immediate

and long-term results, Cardiovasc. Intervent. Radiol. 1992, 15:154-159.

7. Kato A., Kishikawa T., Yamada H., Matsumoto S., Kudo S., Recurrent bleeding after arterial embolization in patients with hemoptysis, Chest 2000, 97: 541-546.

8. Romy J, Smith M., Lemaitre L., et al, Treatment of massive haemoptysis by occlusion of a rasmussen aneurysm. Ann. J. Roentgenol. 1980, 135 (3): 605-606.

9. Swanson K.L., Johnson M.C., Bronchial artery embolization, Experience with 54 patients, Chest 2002, 121: 789-795.

10. Yoon W., Kim J.K., Chung T.W., Kang H.K., Bronchial and nonbronchial systemic artery embolisation for life-threatening hemoptysis: a comprehensive review, Radiology 2002, 22:1395-1409.