

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẸP ĐƯỜNG THỞ TRUNG TÂM TẠI TRUNG TÂM HỒ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

NGUYỄN VĂN GIANG<sup>1</sup>, VŨ VĂN GIÁP<sup>2</sup>, NGUYỄN NGỌC DUY<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

<sup>2</sup>Trung tâm Hồ hấp, Bệnh viện Bạch Mai

## TÓM TẮT

Hẹp đường thở trung tâm (HĐTTT) là một bệnh lý ngày càng gặp nhiều trong thực hành lâm sàng, do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra. Bệnh thường dễ chẩn đoán nhầm với bệnh lý khác, khi phát hiện thường ở mức độ nặng. Mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hẹp đường thở trung tâm tại Trung tâm Hồ hấp - Bệnh viện Bạch Mai. 2) Nhận xét kết quả điều trị hẹp đường thở trung tâm do căn nguyên lành tính tại Trung tâm Hồ hấp - Bệnh viện Bạch Mai.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi - tiến cứu trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán xác định HĐTTT tại Trung tâm Hồ hấp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2021.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $56,51 \pm 18,236$ . Triệu chứng lâm sàng phổ biến: khó thở (98,1%), tiếng rít khí quản (92,5%). Trên MSCT và nội soi phế quản ống mềm khả năng phát hiện HĐTTT là 100%. Kết quả điều trị 20 bệnh nhân HĐTTT do căn nguyên lành tính cho thấy: cải thiện triệu chứng khó thở 95,0% và 5,0% còn tiếng rít khí quản.

**Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất ở bệnh nhân HĐTTT là khó thở (98,1%) và tiếng rít khí quản 92,5%. Kết quả sau điều trị 95,0% bệnh nhân cải thiện khó thở và 95,0% hết tiếng rít khí quản.

**Từ khóa:** Hẹp đường thở trung tâm, nội soi phế quản can thiệp.

## SUMMARY

STUDYING THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT ON CENTRAL AIRWAY STENOSIS AT BACH MAI HOSPITAL RESPIRATORY CENTER

Central airway stenosis is an increasingly common disease in clinical practice which caused by many different causes. The disease is often misdiagnosed with other diseases until detected, the patients are often at a severe level.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Giang

Email: ngvangiang@gmail.com

Ngày nhận: 01/7/2021

Ngày phản biện: 26/7/2021

Ngày duyệt bài: 10/8/2021

**Objectives:** 1) Describe the clinical, subclinical, and causes of central airway narrowing at the Respiratory Center - Bach Mai Hospital.

2) Comments on the treatment's results at central airway stenosis due to benign etiology at the Respiratory Center - Bach Mai Hospital.

**Subjects and research methods:** An cross-sectional descriptive study on 53 patients with confirmed central airway stenosis at the Respiratory Center of Bach Mai Hospital from June 2019 to June 2021.

**Results:** The mean age of the study patients was  $56.51 \pm 18.236$ . The most common reason for admission: shortness of breath (97.9%). The most common clinical symptoms: dyspnea (98.1%), tracheal stridor (92.5%). On MSCT and flexible bronchoscopy, the ability to detect airway narrowing is 100%. Results of treatment on 20 patients with central airway stenosis due to benign etiology showed: 95.0% have improvement in dyspnea symptoms and 5.0% still have tracheal stridor.

**Conclusion:** The most common clinical symptom in patients with central airway stenosis is dyspnea (98.1%) and tracheal stridor (92.5%). Results after treatment 95.0% of patients improved dyspnea and 95.0% of clinical tracheal stridor.

**Keywords:** Central airway obstruction, interventional bronchoscopy.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

HĐTTT là một thách thức không hề nhỏ với các bác sĩ chuyên ngành hô hấp. Nguyên nhân được nhắc đến nhiều các can thiệp đường hô hấp như đặt nội khí quản (NKQ), mở khí quản (MKQ) và ung thư xâm lấn khí phế quản. Chẩn đoán và các phương pháp điều trị tương đối phức tạp, đòi hỏi phải có trình độ chuyên sâu. Xuất phát từ những khó khăn trong chẩn đoán, điều trị chúng tôi nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu sau:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hẹp đường thở trung tâm tại Trung tâm Hồ hấp - Bệnh viện Bạch Mai.

Nhận xét kết quả điều trị hẹp đường thở trung tâm do căn nguyên lành tính tại Trung tâm Hồ hấp - Bệnh viện Bạch Mai.

**ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**  
**1. Đối tượng nghiên cứu**

53 bệnh nhân (40 tiến cứu và 13 hồi cứu) được chẩn đoán HĐTĐT tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2021.

**a. Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên;
- Được chẩn đoán xác định hẹp đường thở trung tâm: CTscanner ngực, MSCT ngực, nội soi phế quản ống mềm.

**b. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân hẹp đường thở do dị vật.
- Bệnh án thiếu thông tin nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

**a. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi - tiến cứu.

**b. Các bước nghiên cứu**

**Chẩn đoán hẹp đường thở trung tâm:** Bệnh nhân được đánh giá các các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

Lâm sàng: Tiền sử, triệu chứng lâm sàng, triệu chứng toàn thân,...

CDHA: CT lồng ngực, MSCT lồng ngực.

Nội soi phế quản: vị trí, đặc điểm tổn thương, nguyên nhân gây hẹp.

Nội soi phế quản ống cứng can thiệp điều trị, nong, stent, điện đông cao tần, chuyển phẫu thuật, laser, xạ trị.

**Theo dõi sau can thiệp điều trị:** Theo dõi sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng, mức độ hẹp sau điều trị.

**3. Xử lý số liệu**

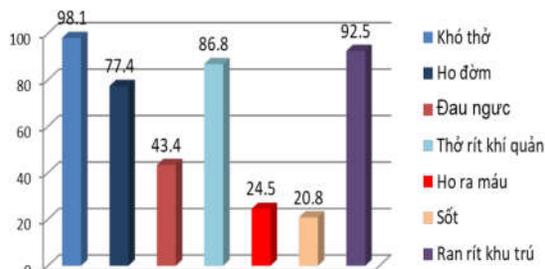
Thông tin và số liệu xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tỷ lệ nam (60,4%) cao hơn nữ (39,6%). Tuổi trung bình là 56,51 ± 18,236, nam là 55,34 ± 18,035, nữ là 58,299 ± 18,842, nhỏ nhất 16 và cao nhất 94 tuổi.

**1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

**1.1. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện**



**Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện (n = 53)**

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là khó thở (98,1%). Triệu chứng thực thể hay gặp là rạn rít khu trú (92,5%).

**1.2. Đặc điểm cận lâm sàng**

Bảng 1. Mức độ hẹp đường thở (theo Freitag L và cs 2007)

Nguyên nhân Đặc điểm	Lành tính	Ác tính		Chung		P		
		n	%	n	%		n	%
Mức độ hẹp	I	0	0	0	0	0	0,208	
	II	2	5,4	1	6,2	3		5,7
	III	20	54,1	5	31,2	25		47,2
	IV	15	40,5	9	56,2	24		45,3
	V	0	0	1	6,2	1		1,9
Tổng	37	100	16	30,2	100	100		

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân đến viện khi đã HĐTĐT từ độ III trở lên (94,1%). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nguyên nhân.

Bảng 2. Vị trí đoạn hẹp với nguyên nhân gây hẹp

Nguyên nhân Đặc điểm	Vị trí hẹp	Lành tính		Ác tính		Chung		p
		N	%	n	%	n	%	
Vị trí hẹp	1/3 trên	20	54,1	5	31,2	25	47,2	0,000
	1/3 giữa	14	37,8	1	6,2	15	28,3	
	1/3 dưới	3	8,1	5	31,2	8	15,1	
	Carina	0	0	2	12,5	2	3,8	
	Phế quản gốc	0	0	3	18,8	3	5,7	
Tổng	37	100	16	100	53	100		

Nhận xét: Vị trí đoạn hẹp nhóm lành tính gặp nhiều đoạn 1/3 trên và giữa, nhóm ác tính gặp đều ở các vị trí khác nhau, với p < 0,001.

**2. Kết quả điều trị bệnh nhân HĐTĐT do căn nguyên lành tính**

Bảng 3. So sánh triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị

Triệu chứng	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n (20)	%	n (20)	%	
Đau tức ngực	3	15,0	1	5,0	0,040
Ho ra máu	1	5,0	2	10,0	0,456
Ho khạc đờm	19	95,0	12	60,0	0,002
Khó thở	20	100,0	1	5,0	0,000
Sốt	5	25,0	0	0	
Tiếng rít khu trú	18	90,0	1	5,0	0,000

Nhận xét: Triệu chứng sau điều trị cải thiện tốt là khó thở, tiếng rít khu trú, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,001, ho ra máu trước và sau điều trị không có sự khác biệt p > 0,05.

Bảng 4. So sánh mức độ hẹp trước và sau điều trị

Mức độ hẹp	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	%	n	%	
Độ 0	0	0	19	95,0	0,000
Độ I	0	0	1	5,0	
Độ II	0	0	0	0	

Độ III	10	50,0	0	0
Độ IV	10	50,0	0	0
Độ V	0	0	0	0
Tổng	20	100	20	100

Nhận xét: Sau điều trị 95,0% bệnh nhân hết hẹp, còn 1 bệnh nhân hẹp độ I ( $p < 0,001$ ).

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

#### 1.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng thường gặp nhất là khó thở (98,1%), 20,8% có sốt, ran rít khur trú (92,5%). Kết quả này cũng tương đồng với một số tác giả khác.

Đỗ Quyết và cs (2015), khó thở 100% bệnh nhân, ran rít khur trú 100% bệnh nhân, ho khạc đờm 85,4%, sốt: 39,4%, ho ra máu: 24,2%, suy hô hấp có 4 (12,1%) bệnh nhân<sup>[1]</sup>.

Như vậy lâm sàng bệnh nhân HDTT chủ yếu gặp là khó thở, ran rít khur trú, ngoài ra có thể gặp ho khạc đờm, ho ra máu, sốt và suy hô hấp.

#### 1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

##### a. Mức độ hẹp đường thở và nguyên nhân gây bệnh

Có 53/53 bệnh nhân được chụp MSCT, 51/53 bệnh nhân được soi phế quản. Khả năng phát hiện tổn thương là 100%. Chúng tôi gặp chủ yếu hẹp độ III là 47,2%, độ IV là 45,3%, độ V là 1,9%, độ II là 5,7 %, không có bệnh nhân nào độ I. Không có sự khác biệt có ý nghĩa 2 nhóm nguyên nhân. Điều này cho thấy HDTT có thể tiến triển và có rất ít triệu chứng, gây khó khăn cho việc chẩn đoán và xử trí sau này.

##### b. Vị trí đoạn hẹp với nguyên nhân gây bệnh

Hẹp 1/3 trên khí quản 47,2%, 1/3 giữa 28,3%, 1/3 dưới 15,1%, carina và phế quản gốc là 3,8% và 5,7%. Liên quan căn nguyên gây bệnh, do lành tính chủ yếu ở 1/3 trên và 1/3 giữa (91,9%), do nguyên ác tính gặp tương đối đồng đều ở các vị trí khác nhau. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

Nguyễn Đức Linh (2019), hẹp do đặt NKQ ở 1/3 trên của khí quản (78,26%), 1/3 giữa là 13,04%, 1/3 dưới 8,7% ( $p=0,00003$ )<sup>[2]</sup>. Đỗ Quyết và cs (2015), HDTT do ác tính, có 78,8% ở phế quản gốc, 6,0% ở khí quản và 15,2% ở phế quản trung gian<sup>[1]</sup>.

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như của các tác giả. Vị trí tổn thương hẹp liên quan tới căn nguyên gây bệnh.

## 2. Kết quả điều trị

### 2.1. Kết quả lâm sàng sau điều trị

95,0% bệnh nhân cải thiện triệu chứng khó thở sau can thiệp, tiếng rít khur trú cải thiện chỉ còn 1 (5,0%) bệnh nhân, sự khác biệt với  $p < 0,001$ . Các triệu chứng khác: đau ngực, ho khạc

đờm, sốt đều có sự cải thiện sau điều trị ( $p < 0,05$ ). Chỉ có triệu chứng ho ra máu không có sự khác biệt trước - sau điều trị ( $p > 0,05$ ). Kết quả cũng tương đồng với các tác giả khác Tạ Bá Thắng và cs (2014)<sup>[3]</sup>, Nguyễn Đức Linh (2019)<sup>[2]</sup>, Sajja H và cs (2010)<sup>[4]</sup>.

Chúng tôi gặp 2 bệnh nhân tái hẹp sau can thiệp: Bệnh nhân thứ 1: tái hẹp sau 10 tháng do tổ chức hạt phát triển làm hẹp dạng màng đầu trên stent. Bệnh nhân được kết hợp cả 3 phương pháp điều trị: cắt đốt điện cao tần, nong khí quản và đặt lại stent bằng chính stent cũ của bệnh nhân. Bệnh nhân thứ 2: rất trẻ 16 tuổi, hẹp sau đặt NKQ+MKQ. Đốt điện đông lần 1 không hiệu quả được phẫu thuật nối khí quản tận-tận sau 4 tháng nhưng tái hẹp sau 2 tháng. Bệnh nhân được cắt đốt điện đông phối hợp nong khí quản và đặt stent khí quản lần 3. Cả 2 bệnh nhân kết quả tốt ngoài mong đợi của chúng tôi.

Melkane A.E và cs (2010), việc áp dụng các phương pháp điều trị tùy thuộc căn nguyên gây bệnh và chiều dài của mức độ tổn thương hay sự phức tạp của tổn thương<sup>[5]</sup>. Fortin M và cs (2017), biến chứng muộn có thể gặp di chuyển stent 32,5%, hình thành mô hạt 7,5%, tắc do đờm 2,5%<sup>[6]</sup>.

### 2.2. Mức độ hẹp đường thở trước và sau điều trị

Mức độ hẹp đường thở cải thiện đáng kể sau can thiệp: không bệnh nhân nào hẹp độ III và IV, 95,0% bệnh nhân hết hẹp, 5,0% bệnh nhân hẹp độ I. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ .

Kết quả này tương tự như của Tạ Bá Thắng cs (2014)<sup>[3]</sup>, Nguyễn Đức Linh (2019)<sup>[2]</sup>.

## KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân HDTT là khó thở và tiếng rít khur trú. MSCT và nội soi phế quản có giá trị trong chẩn đoán bệnh HDTT. Kết quả sau điều trị đều có cải thiện tốt về lâm sàng cũng như trên hình ảnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Quyết, Tạ Bá Thắng, Nguyễn Huy Lực (2015). Kết quả nội soi phế quản điều trị tắc nghẽn đường thở do ung thư phổi tại Bệnh viện Quân y 103, *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, số 2, tr 122 - 126.

2. Nguyễn Đức Linh (2019). *Clinical paraclinical characteristics and treatment outcome of patient with non-malignant central airway obstruction in respiratory center Bach mai hospital*, Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại Học Y Hà Nội.

3. Tạ Bá Thắng, Đỗ Quyết, Nguyễn Huy Lực (2014). Kết quả bước đầu nội soi phế quản can thiệp điều trị tắc nghẽn đường thở trung tâm tại Bệnh viện 103, *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, Số 2,

tr 99 - 103.

4. Hisashi saja, Kinya Furukawa (2010). Outcomes of airway stenting for advanced lung cancer with central airway obstruction, *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 11, pp. 425 - 428

5. Antoine E Melkane, Nayla E Matar, et al

(2010). Management of Postintubation Tracheal Stenosis: Appropriate Indications Make Outcome Differences, *Respiration*, 79 (5), pp. 395 - 401.

6. Fortin M, Lacasse Y, et al (2017). Safety and Efficacy of a Fully Covered Self-Expandable Metallic Stent in Benign Airway Stenosis, *Respiration*, 93, pp. 430 - 435.

## NHẬN XÉT CÁC CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI Ở SẢN PHỤ CON SO CHUYÊN DẠ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

NGUYỄN THỊ HỒNG NHUNG<sup>1</sup>,  
LÊ THỊ THANH VÂN<sup>2</sup>, NGUYỄN TÀI ĐỨC<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh  
<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội  
<sup>3</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét các chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so chuyển dạ tại Bệnh viện (BV) Đa khoa Tâm Anh.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 105 đối tượng nghiên cứu phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

**Kết quả:** Trong 105 đối tượng nghiên cứu, nhóm sản phụ có độ tuổi từ 25 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (54/105 sản phụ) với tỷ lệ mổ lấy thai là 16,1%, sự khác biệt về tỷ lệ mổ lấy thai giữa các nhóm tuổi mẹ là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Trọng lượng trẻ sơ sinh thường gặp nhất là 3000 - 3400g (53/105 trẻ), không có mối liên quan giữa tỷ lệ mổ lấy thai và trọng lượng trẻ ( $p > 0,05$ ). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mổ lấy thai giữa nhóm sản phụ có và không có mong muốn mổ lấy thai ( $p < 0,05$ ). Có 7/105 sản phụ có thai nhờ phương pháp hỗ trợ sinh sản, tỷ lệ mổ lấy thai là 1,9%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mổ lấy thai giữa 2 nhóm có thai tự nhiên và hỗ trợ sinh sản ( $p > 0,05$ ).

**Kết luận:** Tại BV Đa khoa Tâm Anh, sản phụ con so chuyển dạ có độ tuổi thường gặp nhất từ 25-29 tuổi, tỷ lệ mong muốn mổ lấy thai thấp, chưa phát hiện ra mối liên quan giữa trọng lượng thai nhi, tuổi mẹ với tỷ lệ mổ lấy thai ( $p > 0,05$ ). Trong nhóm các nguyên nhân mổ lấy thai ở sản phụ con so chuyển dạ, lý do Thai suy chiếm tỷ lệ cao nhất là 10 trường hợp. Tỷ lệ mổ lấy thai giữa 2 nhóm có và không có mong muốn

mổ lấy thai không có sự khác biệt có nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ mổ lấy thai giữa 2 nhóm có thai tự nhiên và nhờ các phương pháp hỗ trợ sinh sản cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Từ khóa:** Mổ lấy thai, chuyển dạ, con so.

### SUMMARY

REVIEW INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION IN NULLIPAROUS PREGNANT WOMEN IN LABOR AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL.

**Objectives:** Review indications for cesarean section in nulliparous pregnant women in labor at Tam Anh General Hospital.

**Research methods:** Cross-sectional description on 105 research subjects that met the inclusion and exclusion criteria.

**Results:** Among 105 study subjects, the group of women aged 25-29 years old accounted for the highest percentage (54/105 women) with a cesarean section rate of 16.1%, the relationship between the rate of cesarean section and maternal age groups was not statistically significant ( $p > 0.05$ ). The most common birth weight was 3000 - 3400g (53/105 babies), there was no relationship between the cesarean section rate and baby weight ( $p > 0.05$ ). There was a statistically significant difference in the rate of cesarean section between the group of women with and without a desire for cesarean section ( $p < 0.05$ ). There are 7/105 pregnant women by assisted reproductive methods, the rate of cesarean section is 1.9%. There is no statistically significant difference in the rate of cesarean section between the 2 groups with natural pregnancies. and assisted reproduction ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** At Tam Anh General Hospital, the most common age of pregnant women in labor was from 25 - 29 years old, the rate of desire for cesarean section was low, no relationship

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hồng Nhung

Email: nhunghmu85@gmail.com

Ngày nhận: 08/6/2021

Ngày phản biện: 13/7/2021

Ngày duyệt bài: 22/7/2021