

GÓP PHẦN TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHẢY MÁU SAU PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN TẠI VIỆN BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG TỪ 01/2005 ĐẾN 12/2007

PHẠM TRẦN ANH

Bộ môn Tai mũi họng, trường Đại học Y Hà Nội

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Viêm Amidan là viêm nhiễm khu trú tổ chức Amidan khẩu cái. Viêm Amidan không chỉ là một bệnh tại chỗ mà còn gây các biến chứng như viêm mũ apxe quanh Amidan, viêm tai giữa và các biến chứng xa như tim, thận, khớp. Bệnh còn khá phổ biến ở nước ta, nó ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe và kinh tế. Chi phí hàng năm cho việc cắt Amidan và nạo VA rất tốn kém. Ở Việt Nam chưa có con số thống kê chính thức nhưng theo số liệu thống kê ở Mỹ cho thấy chi phí cho việc cắt Amidan và nạo VA lên đến trên nửa tỷ đô la hàng năm [1]. Chảy máu sau cắt Amidan vẫn là một biến chứng nguy hiểm hay gặp nhất, nó gây ra sự lo lắng, kéo dài thời gian điều trị và tăng chi phí cho việc chăm sóc sức khỏe. Nếu người thầy thuốc TMH không phát hiện sớm xử trí kịp thời có thể gây ra ra tử vong đáng tiếc mà không ai lường trước được. Hạn chế tai biến này rõ ràng là mối quan tâm hàng đầu của bệnh nhân cũng như của phẫu thuật viên, và nhằm xác định các yếu tố có liên quan đến chảy máu sau phẫu thuật Amidan, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài để đưa ra một vài nhận xét về tình hình chảy máu sau cắt Amidan tại Bệnh viện TMH TW từ 2005 – 2007 với những mục tiêu: *Góp phần tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến chảy máu sau phẫu thuật cắt Amidan.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Toàn bộ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được cắt amidan gây mê tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương có tai biến chảy máu trong 2 năm, từ 1/2005 - 12/2007.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh án: Tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được cắt amidan gây mê tại Bệnh viện TMHTW có tai biến chảy máu sau phẫu thuật, có đủ các thông tin về hành chính và lâm sàng. Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh án không đủ tiêu chuẩn trên.

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích, hồi cứu bệnh án.

2.1. Phương pháp thu thập số liệu

Tập hợp hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ của Viện Tai Mũi Họng theo tiêu chuẩn lựa chọn.

Thu thập số liệu cần nghiên cứu.

Lập bảng đánh giá các kết quả thu được bao gồm các thống kê về lâm sàng và cận lâm sàng.

2.2. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi - data 3.0

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Epi-Info 6.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn từ tháng 1/2005 đến tháng 12/2007 có 3619 trường hợp cắt amidan gây mê tại BV Tai Mũi Họng trung ương, trong đó số trường hợp có tai biến chảy máu là 78, chiếm 2,16%.

1. Tuổi:

Chúng tôi phân loại bệnh nhân thành 5 nhóm tuổi: <= 10 tuổi, từ 11-20 tuổi, từ 21-30 tuổi, từ 31-40 tuổi và trên 40 tuổi. Tỷ lệ chảy máu gặp thấp nhất ở nhóm dưới 10 tuổi, chiếm 0,52%. Nhóm tuổi từ 11 - 20 tỷ lệ chảy máu là 2,04%. Nhóm tuổi 21~30 có tỷ lệ chảy máu cao nhất là 4,51%. Trong khi đó, nhóm tuổi 31-40 có tỷ lệ chảy máu là 2,95% và nhóm tuổi trên 40 có tỷ lệ chảy máu là 2,16%

2. Giới

Bảng 1. Tai biến chảy máu và giới

Giới		Chảy máu		Tổng
		Có	Không	
Nam	n	56	2013	2069
	%	2.75	97.25	100,0
Nữ	n	22	1528	1550
	%	1.36	98.64	100,0
Tổng	n	78	3541	3619
	%	2.16	97.84	100,0
p = 0.004				

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nam có tỷ lệ tai biến chảy máu cao hơn so với nhóm nữ giới với $p < 0.05$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

3. Nghề nghiệp

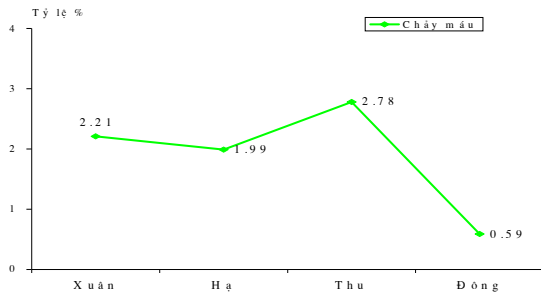
Trong nhóm bệnh nhân có tai biến chảy máu chúng tôi thấy tỷ lệ học sinh - sinh viên chiếm 38,40%; lao động nặng (nông dân + công nhân): 20,5%; cán bộ viên chức: 24,35%; nghề tự do là 16,75%.

4. Địa dư

Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tai biến chảy máu ở nông thôn có cao hơn thành phố với (2,48% > 1,85%) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

5. Phân bố theo mùa trong năm:

Mùa gặp trong năm được tính là số bệnh nhân đến cắt A tại bệnh viện TMH Trung ương vào các mùa trong năm chúng tôi phân chia các mùa theo tháng dựa vào sự phân chia mùa theo dương lịch của Hoàng Xuân Hãn.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tai biến chảy máu sau cắt A theo mùa

Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ chảy máu sau cắt A cao nhất vào mùa thu, với tỉ lệ 2,78%. Tỷ lệ này thấp dần ở mùa xuân 2,21%, mùa hạ 1,99% và thấp nhất là vào mùa đông, chỉ có 0,59%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

6. Tai biến chảy máu và phương pháp phẫu thuật

Bảng 2. Tai biến chảy máu và phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật		Chảy máu		Tổng
		Có	Không	
Bóc tách cắt bằng thông lọng	n	62	2564	2626
	%	2,37	97,63	100,0
Dao điện	n	16	977	993
	%	1,62	98,38	100,0
Tổng	n	78	3541	3619
	%	2,16	97,84	100,0

Nhận xét: Với phương pháp phẫu thuật cắt A gây mê bằng dao điện chúng tôi thấy tỷ lệ tai biến chảy máu là 1,62% thấp hơn so với phương pháp cắt A gây mê bằng thông lọng là 2,37%.

Sự khác biệt này không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

7. Tai biến chảy máu sớm và chảy máu muộn với phương pháp cắt A.

Với phương pháp cắt A bằng thông lọng thấy tỷ lệ chảy máu sớm nhiều hơn. Với phương pháp cắt A bằng dao điện tỷ lệ chảy máu muộn nhiều chiếm đến 93,75%.

Bảng 3. Tai biến chảy máu sớm và chảy máu muộn với phương pháp cắt A.

Phương pháp cắt		Chảy máu sớm < 24h	Chảy máu muộn > 24h	Tổng số
Cắt bằng thông lọng	n	40	22	62
	%	64,5	35,5	100,0
Dao điện	n	1	15	16
	%	6,25	93,75	100,0
Tổng	n	41	37	78
	%	52,56	47,44	100,0

8. Thời gian phẫu thuật cắt A gây mê với tỷ lệ chảy máu

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật cắt A gây mê với tỷ lệ chảy máu

Thời gian (phút)		Chảy máu		Tổng
		Có	Không	
< 30	n	51	2399	2450
	%	2,08	97,92	100,0
30-60	n	26	1125	1151
	%	2,26	97,74	100,0
>60	n	1	17	18
	%	5,55	94,45	100,0
Tổng số	n	78	3541	3619
	%	2,16	97,84	100,0

Qua bảng trên thấy rằng với nhóm bệnh nhân có thời gian phẫu thuật cắt A bằng phương pháp gây mê < 30 phút có tỷ lệ chảy máu thấp nhất, nhóm bệnh nhân có thời gian phẫu thuật > 60 phút tỷ lệ chảy máu cao hơn cả. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

9. Thời gian phẫu thuật cắt A gây mê và mức độ chảy máu

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật cắt A gây mê và mức độ chảy máu

Thời gian (phút)	< 30	30-60	> 60
Mức độ chảy máu Nhe	10	18	
Vừa	15	34	
Nặng			1

Thời gian phẫu thuật dường như cũng có liên quan đến mức độ chảy máu. Chúng tôi nhận thấy thời gian phẫu thuật tăng lên, mức độ chảy máu của bệnh nhân cũng nặng hơn.

10. Chẩn đoán tiền sử thể viêm A và tai biến chảy máu

Bảng 6. Chẩn đoán tiền sử thể viêm A và tai biến chảy máu

Chẩn đoán		Chảy máu		Tổng
		Có	Không	
Viêm quá phát	n	50	2692	2741
	%	1,82	98,18	100,0
Viêm xơ teo	n	24	250	274
	%	8,76	91,24	100,0
Không rõ	n	4	599	603
	%	0,66	99,34	100,0
Tổng số	n	78	3541	3619
	%	2,16	97,84	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ chảy máu ở bệnh nhân có tiền sử viêm A mạn tính xơ teo có tỷ lệ chảy máu cao hơn (9,74% và 1,90%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

11. Hoàn cảnh xuất hiện chảy máu:

Với sự xuất hiện chảy máu tự nhiên chiếm nhiều nhất 94,87%. Chảy máu do ho, nói khóc to là 3,85%. Chảy máu do ăn thức ăn cứng: 1,28%.

12. Vị trí chảy máu

Cực dưới amidan (cả hai bên) 49,43%. Cực trên amidan (cả hai bên) 21,84%. Trụ (trước, sau) chiếm 6,89%. Trong hốc amidan 21,84%. Vị trí chảy máu ở cả hai bên chiếm 11,54%. Vị trí chảy máu ở 1 bên A chiếm đa số 88,46%.

BÀN LUẬN

Tuổi và giới: Tại Bệnh viện TMH Trung ương phẫu thuật cắt A được tiến hành gây mê nội khí quản nên việc cầm máu sau cắt A được kiểm soát tốt và chỉ định về tuổi của bệnh nhân cắt A cũng được mở rộng hơn. Tại đây chúng tôi thấy bệnh nhân cắt A có tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi và tuổi lớn nhất là 68 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy bệnh nhân có tai biến chảy máu sau cắt A ở độ tuổi 21 - 30 chiếm tỷ lệ cao nhất. Đây là độ tuổi học tập và lao động chính của xã hội, cường độ làm việc cao và nhu cầu hòa nhập với sinh hoạt sớm. Hơn thế nữa cùng với sự phát triển về tuổi, tiền sử viêm nhiễm A tái phát nhiều lần gây quá trình xơ sẹo, áp xe cũng nhiều hơn, do vậy tổ chức xơ dính khó bóc tách và sự co hồi mạch máu kém đi vì thế nguy cơ chảy máu cũng tăng lên. Kết quả này cũng giống nhận xét của tác giả Windfuhr JP.: chảy máu sau phẫu thuật cắt A xảy ra nhiều hơn đáng kể ở nhóm người lớn [2] và một số tác giả khác: 69% chảy máu gặp ở độ tuổi >11 [3]; 84,4% chảy máu sau cắt A gặp ở người lớn [4]; chảy máu sớm gặp ở người lớn 82,9% trong khi đó ở trẻ em là 65,9%. Ở trẻ em tuy viêm mãn tính quá phát nhưng tổ chức A vẫn còn mềm mại, dễ bóc tách. Tỷ lệ số lần viêm ít hơn đáng kể so với người lớn và tỷ lệ quá phát đơn thuần chiếm nhiều. Thực tế trong kết quả của chúng tôi cũng thấy rằng ở lứa tuổi dưới 10 tỷ lệ tai biến chảy máu là thấp nhất 0,52%.

Tỷ lệ về giới: Trong nghiên cứu thấy tỷ lệ chảy máu ở nam giới 2,75%, ở nữ giới 1,36%.

Như vậy sự khác biệt về chảy máu giữa nam và nữ là có ý nghĩa về mặt thống kê với $p < 0.05$ nhưng trên thực tế lâm sàng không có nhiều ý nghĩa. Tuy nhiên điều này cũng có thể giải thích do có thể ở nam giới quá trình viêm nhiễm A nhiều hơn do hút thuốc lá. Hơn nữa tâm lý sau cắt A, sự lo lắng quan tâm đến sức khỏe và tuân thủ theo hướng dẫn của thầy thuốc ở nam giới kém hơn nữ do đó tỷ lệ tai biến chảy máu sau cắt A ở nam giới cao hơn. Kết quả này không giống với kết quả của tác giả Carmody D. [5] chảy máu thứ phát gặp ở nữ nhiều hơn nam và chảy máu gặp 84,4% ở người lớn, trong đó 58,7% là nữ giới [3]. Chảy máu sau cắt A ở nam nhiều hơn nữ, ý thức được yếu tố nguy cơ này sẽ giúp cải thiện sự chăm sóc bệnh nhân cho kết quả tốt trong điều trị phẫu thuật. Do vậy trên thực tế lâm sàng đối với bệnh nhân cắt A là nam giới cần được chăm sóc dặn dò kỹ càng hơn.

Nghề nghiệp: Trong nhóm bệnh nhân có tai biến chảy máu, với bệnh nhân có nghề nghiệp học sinh - sinh viên chiếm 38,40%, lao động nặng (nông dân - công nhân) chiếm 20,5%, cán bộ viêm chức chiếm 24,35%, nghề tự do chiếm 16,75%. Sự khác biệt về tỷ lệ tai biến chảy máu trong các nhóm nghề không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên thấy tỷ lệ chảy máu ở nhóm là học sinh - sinh viên cao hơn cả có thể giải thích rằng ở lứa tuổi này ý thức về chăm sóc sức khỏe sau phẫu thuật vẫn là thứ yếu so với ham thích giao tiếp và sinh hoạt trở lại bình thường.

Địa dư: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì nhóm bệnh nhân ở nông thôn có tỷ lệ chảy máu cao hơn ở thành phố (2,48% và 1,85%) sự khác biệt này có thể do bệnh nhân sau phẫu thuật cắt A ở nông thôn điều kiện sinh hoạt vệ sinh chăm sóc sau khi ra viện không được tốt như ở thành phố cả về thói quen dùng đủ thuốc và chế độ ăn uống.

Phân bố theo mùa trong năm:

Tỷ lệ tai biến chảy máu và thời gian phẫu thuật theo mùa trong năm chúng tôi thấy: Mùa Thu : 2,78% là cao nhất và Mùa Đông: 0,59% có tỷ lệ thấp nhất. Sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê, nhưng cũng có thể thấy tỷ lệ chảy máu cao hơn ở 2 mùa thu và mùa xuân do đây là mùa chuyển giao giữa 2 mùa nóng và lạnh, khí hậu thay đổi, không ổn định. Mùa Thu khí hậu hanh và khô, ngược lại mùa Xuân lại ẩm và ấm. Do có cảm nhận sự thay đổi nhiệt độ bên ngoài là 1°C, còn niêm mạc lại có thể cảm nhận được sự thay đổi nhiệt độ đến 1% °C. Do sự nhạy cảm của niêm mạc đối với nhiệt độ như vậy nên sự biến đổi thời tiết có tác động đến sinh lý niêm mạc và sự co giãn mạch, điều này có ảnh hưởng đến sự chảy máu. Trong khi đó Carmody D. và cộng sự lại thấy rằng tỷ lệ tai biến chảy máu gặp nhiều vào mùa thu và đông [5]. Điều khác nhau này có thể do khí hậu đặc thù ở mỗi vùng địa lý có ảnh hưởng khác nhau đến sự xuất hiện chảy máu sau phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật.

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy rằng: Với phương pháp cắt A giữa gây mê bằng bóc tách cắt thông lọng tỷ lệ CM nói chung là 2,37% trong khi đó phương pháp cắt A gây mê bằng dao điện tỷ lệ chảy máu là 1,62%. Như vậy với phương pháp cắt bằng dao điện tỷ lệ tai biến chảy máu thấp hơn (sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê $p > 0.05$). Do phương pháp cắt dao điện nguyên tắc là sóng điện cao tần làm tách rời tổ chức do vậy tổ chức mô xung quanh không bị giằng xé tổn thương, đồng thời lại đồng điện bề mặt hốc A cầm máu luôn, do vậy làm giảm chảy máu sau phẫu thuật. Chúng tôi còn nhận thấy rằng, với phương pháp cắt bằng dao điện thì tỷ lệ tai biến chảy máu sớm là 6,25%; chảy máu muộn là 93,75%. Phương pháp cắt bóc tách thông lọng có tỷ lệ tai biến chảy máu sớm là 64,75%; chảy máu muộn là 35,5%. Tuy nhiên nguy cơ chảy máu muộn của phương pháp dao điện lại cao hơn rất nhiều so với phương pháp cắt bằng bóc tách thông lọng (93,75% so với 35,5%). Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét của tác giả C. Roberts và cộng sự [6], đó là do kỹ thuật cắt bằng dao điện đã làm bỏng một diện rộng và sâu tổ chức ở hốc A, có thể gây chảy máu do làm bộc lộ mạch máu và tạo nên một lớp hoại tử rộng và dày do vậy trong quá trình bong giả mạc dễ gây chảy máu. Như vậy với phương pháp cắt bằng dao điện có hiệu quả giảm chảy máu sớm nhưng lại tăng nguy cơ chảy máu muộn, phù hợp với nhận xét của Carmody và cộng sự [5]. Theo Siodlak MZ, chảy máu thứ phát gặp nhiều hơn ở bệnh nhân được cắt và cầm máu bằng dao

điện, nhưng người ta cho rằng chảy máu muộn ít khi trầm trọng [7].

Thời gian phẫu thuật cắt A gây mê và tai biến CM:

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy với thời gian phẫu thuật cắt A gây mê dưới 30' có tỷ lệ CM là 2,08%; thời gian từ 30 - 60' có tỷ lệ CM là 2,26%; với thời gian trên 60', tỷ lệ này CM là 5,55%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian cắt A dài hơn có thể gặp ở những trường hợp do Amidan bị viêm nhiễm, áp xe nhiều lần tổ chức xơ sẹo dày dính và rất dai cứng do vậy bóc tách rất khó khăn, hơn nữa hệ mạch cung cấp máu cho hốc Amidan là một phức hợp vì là hệ thống tuần hoàn lưới do vậy khi tổ chức xơ dai bóc tách rất dễ gây tổn thương và gây chảy máu và việc cầm máu sau cắt cũng khó khăn, phải đông điện hoặc khâu buộc kỹ càng hơn, đòi hỏi nhiều thời gian hơn. Do vậy nguy cơ chảy máu sau mổ ở những bệnh nhân này cũng cao hơn. Mặt khác tay nghề của phẫu thuật viên cũng có ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật trong những trường hợp tổ chức A xơ dính, bóc tách khó khăn, đòi hỏi phẫu thuật viên cẩn thận, khéo léo mới không gây tổn thương tổ chức xung quanh.

Chẩn đoán tiền sử thể viêm A và tai biến chảy máu: Với tiền sử thể viêm A mãn tính quá phát thì tai biến chảy máu sau cắt A là 1,82% và thể viêm A mãn tính xơ teo tỷ lệ là 8,76% và với thể viêm không rõ ràng thì tỷ lệ tai biến chảy máu là 0,66%. Và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể giải thích rằng, với thể viêm xơ teo mà có chỉ định phẫu thuật đó là những trường hợp bệnh nhân có tiền sử viêm nhiễm abscess tái phát rất nhiều lần gây xơ, sẹo dính khi phẫu thuật bóc tách khó khăn, chảy máu nhiều, khi cầm máu cũng vất vả đòi hỏi cẩn thận đông điện kỹ, khâu buộc nhiều hơn do vậy khả năng chảy máu tái phát sau mổ cao hơn. Kết quả này phù hợp với nhận xét của tác giả Thomas A và cộng sự [8].

Hoàn cảnh xuất hiện chảy máu sau phẫu thuật: 94,9% trường hợp bệnh nhân xuất hiện tự nhiên, không có nguyên nhân rõ ràng. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Như vậy đa số bệnh nhân chảy máu xuất hiện không rõ nguyên nhân nào. Vậy yếu tố ho, khóc, nói cười và ăn thức ăn cứng không ảnh hưởng nhiều đến sự xuất hiện chảy máu sau phẫu thuật cắt A hay nói cách khác không có sự khác nhau về tai biến chảy máu giữa các nhóm ăn kiêng [8]. Tuy nhiên những yếu tố này cũng chiếm một tỷ lệ nhỏ trong kết quả nghiên cứu. Như vậy nó cũng phần nào gây tổn thương lên vết mổ đang trong quá trình hồi phục, và theo truyền thống lời dặn của thầy thuốc đối với bệnh nhân sau mổ vẫn là nên ăn thức ăn lạnh, mềm và ăn uống đều đặn [7].

Vị trí chảy máu: Vị trí chảy máu trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất là ở cực dưới amidan chiếm đến 49,43%. Tỷ lệ chảy máu ở vị trí cực trên và trong hốc amidan là bằng nhau là 21,84%. Chảy máu ở vị trí trụ trước và trụ sau chiếm 6,89%. Sự khác biệt này ít có ý nghĩa thống kê với $p = 0,05$. Điều này

nói lên rằng trong quá trình phẫu thuật vị trí dễ bị tổn thương hoặc bỏ sót nhất đó là ở cực dưới amidan. Do amidan chìm xuống đáy hoặc có nhiều thùy nhỏ dính vào amidan lưới làm bóc tách khó khăn vì đây là phần tiếp cận với bó mạch thần kinh ở buồng A, vị trí khó quan sát, đặc biệt là khi đặt David - Boy mở miệng lưới sẽ bè ra che lấp phần cực dưới của A, nếu không lưu ý khi cắt sẽ bị bỏ sót. Chảy máu phần lớn do cắt sát A với phần còn lại. Hơn nữa đây là nơi dễ có cục máu đông, cần phải kiểm tra thường xuyên liên tục và kỹ lưỡng để loại trừ chảy máu dai dẳng, nếu không được lấy bỏ cẩn thận chúng thường che dấu một mạch máu đang chảy và chống lại quá trình đông máu do kết quả phân hủy fibrin. Vị trí chảy máu 1 hoặc 2 bên amidan: trong nghiên cứu chúng tôi gặp 9/78 trường hợp có chảy máu cả hai bên amidan sau phẫu thuật, tỷ lệ 11,54%, chảy máu 1 bên amidan, chiếm 69/78 số trường hợp bệnh nhân và có tỷ lệ là 88,46%.

KẾT LUẬN

Các yếu tố ảnh hưởng đến chảy máu sau phẫu thuật cắt A gồm có:

Tai biến chảy máu sau cắt A gặp nhiều hơn ở nam giới tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Lứa tuổi hay gặp trên 10 tuổi. Đặc biệt cao ở lứa tuổi 21-30 và thấp nhất là nhóm < 10 tuổi.

Mùa gặp tai biến chảy máu trong năm cao nhất là mùa thu, tiếp đến là mùa xuân mặc dù tỷ lệ cắt A nhiều nhất là mùa hè.

Bệnh nhân ở nông thôn, tỷ lệ tai biến chảy máu cao hơn ở thành thị và chiếm số đông trong những bệnh nhân chảy máu là học sinh và sinh viên.

Hai phương pháp được sử dụng chủ yếu là bóc tách bằng thông lọng và dao điện. Tỷ lệ tai biến chảy máu ở phương pháp bóc tách bằng thông lọng là 2,37%, còn phương pháp dao điện là 1,62%. Với phương pháp bóc tách bằng thông lọng thì tỷ lệ chảy máu sớm cao hơn so với phương pháp dao điện, nhưng ngược lại tỷ lệ chảy máu muộn lại ít gặp hơn.

Về thời gian phẫu thuật đối với những trường hợp có thời gian cắt lâu hơn, thì tỷ lệ chảy máu cũng gặp nhiều hơn, đặc biệt là những bệnh nhân có tiền sử thể viêm A mãn tính xơ teo.

Một số yếu tố liên quan như chế độ ăn, thức ăn hay khóc nói cười to không ảnh hưởng nhiều đến tai biến chảy máu.

Vị trí chảy máu hay gặp nhất là cực dưới cả hai bên A, chiếm 49,43%, tiếp đến là vị trí cực trên và trong hốc A đều bằng nhau là 21,84%. Tổn thương gây chảy máu ở cả trụ trước và trụ sau chiếm 6,89%.

SUMMARY

Objectives: To identify the risk factors of post-tonsillectomy haemorrhage. STUDY DESIGN AND SETTING: Descriptive cross-sectional study, using retrospective patients' profiles in the National ENT Hospital, Hanoi on 3619 patients operated for tonsillectomy between January 2005 and December 2007. We considered risk factors of all the post-

tonsillectomy haemorrhages. RESULTS: Incidence: 2.16%, ages 21-30: 4.51%, men 2.75%, women: 1.36%; patients from countryside: 2.48%; bleeding in autumn: 2.78%; operation with strips 2.37%; operation duration > 60 min: 5.55%. Bleeding on inferior pole: 49.43%. Spontan bleeding: 94.87%, bleeding on inferior pole: 49.43%. CONCLUSIONS: The incidence of post-tonsillectomy haemorrhage in our study population was 2.16%. Mean ages : 21-30, occurred in men more often than in women, mostly in autumn, operations with strips and long duration more risky, bleeding mostly spontan and on inferior pole.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Sỹ Căn (1/1990), "Vấn đề Amidan hiện nay", *Nội san TMH*.
2. Windfuhr J.P. (2002), "Excessive PTH requiring ligature of the external carotid artery", *Auris Nasus Larynx*, pp. 159-164.
3. David Myssiorek, Aijaz Alvi (1996), "Post tonsillectomy hemorrhage: an assessment of risk

factors", *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, pp. 35 - 43. 29

4. Ranjit S., Brett R.H., PKSlu, C.Y.A.W (1999), "The incidence & Management of Post - tonsillectomy heamorrhage: A Singaporean Experience", *Singapore Medj*, vol 4, pp. 622 - 626. 52

5. Carmody D., Vamadenvan T., Cooper SM. (1982), "Post tonsillectomy heamorrhage", *Laryngol Otol*, pp. 635-638. 21

6. Roberts C., Jayaramachan Dran S. & Raine C.H. (1992), "A propective study of factors wich may predispose to post - operative tonsillar fossa heamorrhage", *Clin Otolarygol*, pp. 13 - 17. 54

7. Siodlak MZ., Gleeson MJ., Wengraf CL. (1985), "Post - tonsillectomy secondary heamorrhage", *Ann R Coll Surg England*, pp. 167-168.

8. Thomas A., Weimert MD., John W. Babyak MD, Harry J. Richter MD (1990), "Electrodissection tonsillectomy", *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, pp. 186-188.