

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU MŨI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI
ĐÔNG ĐIỆN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103**

Quản Thành Nam¹, Đỗ Lan Hương¹

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đông điện ở bệnh nhân (BN) chảy máu mũi (CMM). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu từng ca có can thiệp trên 34 BN được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật nội soi đông điện cầm máu tại Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Về giới tính, BN nam chiếm 73,5%, nữ chiếm 26,6%. Nhóm tuổi hay gặp CMM nhất từ 41 - 60 tuổi; nguyên nhân gây CMM chủ yếu do tăng huyết áp (55,9%); 100% BN chảy máu trên 2 lần; 64,7% không xác định được điểm chảy máu qua nội soi. Kết quả nội soi cầm máu; trong đó lần 1 là 85,3%; lần 2 là 14,7%; 17,6% có biến chứng sau 1 tháng phẫu thuật do thất bại của phương pháp điều trị trước đó. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đông điện cầm máu mũi là phương pháp điều trị CMM an toàn và hiệu quả.

* *Từ khoá:* Chảy máu mũi; Đông điện cầm máu.

**RESULTS OF TREATMENT OF EPISTAXIS BY
ELECTROCOAGULATION AT MILITARY HOSPITAL 103**

Summary

Objectives: To investigate some characteristics and evaluate the results of electrocoagulation in patients with epistaxis. **Subjects and methods:** A descriptive, prospective study of each intervention case on 34 patients were diagnosed and treated by endoscopic electrocoagulation at Military Hospital 103. **Results:** There are 73.5% of male patients, female patients of 26.6%. The most common age group for epistaxis is 41 - 60 years old; the main cause of epistaxis is high blood pressure (55.9%); 100% of patients bleed more than 2 times; 64.7% could not determine the bleeding point through endoscopy. The results of endoscopic hemostasis:

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Người phản hồi: Quản Thành Nam (dr.namb6@gmail.com)

Ngày nhận bài: 02/8/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 16/8/2022

in which the first time is 85.3%; the second time is 14.7% and 17.6% of patients got some complications after surgery caused by pre-failure-treatment.

Conclusion: Endoscopic electrocoagulation of the nose is a safe and effective treatment for epistaxis.

* *Keyword: Epistaxis; Electrocoagulation.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi là một trong các cấp cứu thường gặp nhất ở mọi lứa tuổi trong chuyên khoa Tai-Mũi-Họng. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng CMM với các mức độ khác nhau. Theo thống kê, khoảng 60% dân số ít nhất một lần CMM trong cuộc đời, trong đó 6 - 10% phải chăm sóc y tế [1]. Có nhiều phương pháp điều trị CMM, tùy thuộc vào nguyên nhân và mức độ chảy máu. Phẫu thuật nội soi đông điện cầm máu mũi là biện pháp đang được sử dụng phổ biến và có hiệu quả tốt, đặc biệt với những trường hợp chảy máu kéo dài, chảy máu tái diễn, chảy máu mức độ nặng và đã thất bại khi điều trị bằng đặt mèche mũi. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu điều trị phẫu thuật nội soi đông điện cầm máu mũi với tỷ lệ thành công cao như Nguyễn Tường Đức 93%, Lê Công Định 93,3%, Trần Phương Nam 95,1% [2, 3, 4]. Tại Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi đã áp dụng phẫu thuật nội soi đông điện cầm máu mũi từ năm 2012 đến nay. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Khảo sát một số đặc điểm và đánh giá hiệu quả của phương pháp*

phẫu thuật nội soi đông điện cầm máu mũi tại Bệnh viện Quân y 103.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1 Đối tượng nghiên cứu

34 BN CMM được điều trị bằng phương pháp nội soi đông điện cầm máu mũi tại Khoa Tai-Mũi-Họng - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 3/2020 - 6/2022.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- BN CMM được điều trị bằng các phương pháp nhưng không hiệu quả (nhét mèche mũi, merocel...).

- BN CMM được điều trị bằng phương pháp nội soi đông điện cầm máu.

- BN có tái khám sau 1 tháng phẫu thuật.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN CMM nhưng không được điều trị bằng nội soi đông điện cầm máu.

- BN không tái khám.

- Hồ sơ nghiên cứu bị thất lạc hoặc không đầy đủ.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả, tiến cứu từng ca có can thiệp.

* *Phương pháp xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 22.0, phân tích tỷ lệ.

* *Các biến số, chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Tuổi, giới tính.
- Nguyên nhân gây CMM.
- Số lần tái phát.
- Vị trí châu máu mũi.
- Số lần PTNS đông điện cầm máu mũi.

- Tai biến, biến chứng sau phẫu thuật 1 tháng.

* *Các bước tiến hành nghiên cứu:*

- Khám đánh giá tình trạng toàn thân, lâm sàng, cận lâm sàng.
- Nội soi đông điện cầm máu.
- Tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật.
- Theo dõi và đánh giá kết quả sau phẫu thuật.
- Tái khám sau 1 tháng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Phân bố theo nhóm tuổi và giới tính (n = 34).

Tuổi \ Giới tính	Nam		Nữ	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
≤ 20	2	5,9	0	0,0
21 - 40	6	17,6	2	5,9
41 - 60	12	35,3	4	11,8
> 60	5	14,7	3	8,8
Tổng	25	73,5	9	26,5

- Nhóm tuổi 41 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1%), nhóm < 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,9%).

- Nam giới chiếm chủ yếu (73,5%) so với nữ giới (26,5%).

Bảng 2: Phân bố BN theo nguyên nhân chảy máu (n = 34).

Nguyên nhân	n	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	19	55,9
Chấn thương	1	2,9
U hốc mũi	1	2,9
Viêm mũi xoang	5	14,7
Vô căn	8	23,5
Tổng	34	100,0

CMM do tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (55,9%), tiếp theo không xác định được nguyên nhân (23,5%), thấp nhất gây ra bởi u hốc mũi và chấn thương (2,9%).

Bảng 3: Số lần tái phát chảy máu mũi (n = 34).

Số lần CMM	n	Tỷ lệ (%)
1	0	0
2	10	29,4
3	19	55,9
4	5	14,7
> 4	0	0
Tổng	34	100

100% BN đều CMM trên 2 lần, trong đó CMM 3 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (55,9%), tiếp theo là CMM 2 lần chiếm 29,4%, 4 lần chiếm 14,7% và không có BN nào bị CMM > 4 lần.

Bảng 4: Vị trí CMM trên nội soi (n = 34).

Vị trí	n	Tỷ lệ (%)	p
Vách ngăn	2	5,9	< 0,05
Cuốn mũi dưới	2	5,9	
Cuốn mũi giữa	7	20,6	
Khe giữa	1	2,9	
Không xác định	22	64,7	
Tổng	34	100,0	

- 64,7% BN không xác định được điểm chảy máu, chiếm tỷ lệ cao nhất; 20,6% BN bị chảy máu từ cuốn mũi giữa; 5,9% BN bị chảy máu từ vách ngăn và cuốn mũi dưới.

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

2. Kết quả điều trị

* Thời gian phẫu thuật: Trung bình 30,5 phút; ngắn nhất 17 phút; dài nhất 55 phút.

Bảng 5: Số lần phẫu thuật đông điện cầm máu (n = 34)

Số lần phẫu thuật	n	Tỷ lệ (%)
1	29	85,3
2	5	14,7
> 2	0	0
Tổng	34	100

- BN CMM được phẫu thuật 1 lần chiếm 85,3% và 14,7% BN phẫu thuật 2 lần.

- Không có BN nào phải phẫu thuật lại từ 3 lần trở lên.

Bảng 6: Biến chứng sau phẫu thuật 1 tháng (n = 34).

Biến chứng	n	Tỷ lệ (%)
Viêm mũi xoang	3	8,8
Dính cuốn	2	5,9
Thủng vách ngăn	0	0
Tê bì khẩu cái	1	2,9
Tổng	6	17,6

- Sau phẫu thuật 1 tháng, có 8,8% BN viêm mũi xoang, 5,9% BN bị viêm dính hốc mũi, 2,9% bị tê bì khẩu cái và không có BN nào bị thủng vách ngăn.

- Tổng có 17,6% BN bị biến chứng sau phẫu thuật 1 tháng.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Theo nhóm tuổi và giới tính: Nhóm tuổi từ 41 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1%), nhóm < 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,9%). Trong nghiên cứu của Trần Phương Nam và CS cho thấy nhóm tuổi 41 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,1%) [4]. Nam giới chiếm chủ yếu (73,5%), nữ giới (26,5%).

- Theo nguyên nhân gây chảy máu: Nhiều nghiên cứu cho thấy tăng huyết áp được coi như một nguyên nhân phổ biến của CMM. Theo Lubianca N.J.F và CS khi BN bị tăng huyết áp sẽ làm biến đổi cấu trúc mạch máu vùng mũi, do đó CMM là hậu quả của tăng huyết áp kéo dài [5]. Tuy nhiên, nhiều nhà nghiên cứu còn đang tranh luận về vấn đề này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm CMM ở BN có tăng huyết áp kèm theo chiếm tỷ lệ khá cao (59,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả khác như Ramesh P. [6], Trần Phương Nam và CS [4]. Do đó, đối với những BN có bệnh tăng huyết áp thì cần duy trì ổn định về huyết áp để tránh hậu quả CMM, với BN mà nguyên nhân CMM do tăng huyết áp thì cũng cần duy trì huyết áp ổn định để tránh tái phát CMM.

CMM được phân loại là nguyên phát (vô căn) hoặc thứ phát (do một

nguyên nhân có thể xác định được) [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm CMM vô căn cũng chiếm tương đối (23,5%), thấp hơn của Manickam A. nghiên cứu trên 100 BN (37%). Thông thường CMM vô căn thường khó cầm, hay tái phát và phương pháp xử trí kỹ đầu là đặt vật liệu cầm máu. Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy đông điện cầm máu mang lại lợi ích kinh tế cũng như sự thuận tiện về kỹ thuật [4, 6].

- Số lần tái phát chảy máu mũi: Tất cả BN đều CMM trên 2 lần, trong đó CMM 3 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (55,9%). Nhóm CMM tái diễn gặp nhiều trong CMM vô căn, BN chưa phải hoặc đã được can thiệp đông điện cầm máu mũi. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của McDermott A. M. [8] (74% BN có CMM trên 3 lần và có can thiệp đặt mèche). Trần Phương Nam nghiên cứu trên 41 BN tại Bệnh viện Trung ương Huế cho thấy BN CMM 4 - 5 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (46,3%) [4].

- Vị trí CMM trên nội soi: Xác định được điểm CMM là rất ý nghĩa trong việc lựa chọn phương pháp cầm máu. Tuy nhiên, không phải trường hợp nào cũng quan sát được điểm chảy máu một cách rõ ràng do BN chảy máu không liên tục, đã đặt mèche làm tổn thương niêm mạc hoặc chảy máu nhiều

không quan sát được. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 64,7% BN không xác định được điểm chảy máu. Do đó, những trường hợp này chúng tôi sẽ đông điện tại vị trí các nhánh của động mạch bướm khẩu cái.

2. Kết quả điều trị

- Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình 30,5 phút; ngắn nhất 17 phút; dài nhất 55 phút. Trong những trường hợp xác định rõ vị trí chảy máu, chúng tôi tiến hành đông điện cầm máu tại vị trí chảy máu hoặc vùng chảy máu nên thời gian phẫu thuật ngắn. BN chảy máu nhiều, không xác định được điểm chảy máu hoặc BN được đặt mèche trước phải tiến hành rút mèche nên thời gian phẫu thuật sẽ dài hơn. Thời gian phẫu thuật trung bình của tác giả Đoàn Thị Thanh Hà: 48,7 phút; Trần Phương Nam: 63,9 phút [9, 4].

- Số lần phẫu thuật đông điện cầm máu: Hầu hết BN CMM được phẫu thuật 1 lần, chiếm 85,3%, chỉ có 14,7% BN phải phẫu thuật lần 2. Những trường hợp này gặp ở BN không xác định được điểm chảy máu nhưng trong quá trình đốt chúng tôi bỏ sót nhánh vách ngăn của động mạch bướm khẩu cái. Tuy nhiên, BN xuất hiện chảy máu lại sớm khi còn nằm viện điều trị, chúng tôi tiến hành đốt lại. Do vậy, với những trường hợp khó xác định điểm

chảy máu chúng ta nên đốt tất cả các nhánh của động mạch bướm khẩu cái để đề phòng CMM tái phát. Đây cũng là nhận định của Kitamura T [10] và một số tác giả trong nước [4, 9].

- Biến chứng sau phẫu thuật 1 tháng: Chúng tôi theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng thấy có 8,8% BN có viêm mũi xoang hay gặp ở những BN có đặt mèche lâu ngày và những BN sau khi đông điện có đặt mèche tăng cường. Tình trạng viêm mũi xoang cấp tính sau điều trị thì ổn định. Như vậy, phẫu thuật nội soi đông điện cầm máu mũi an toàn, hiệu quả và giảm được các tai biến, biến chứng gây ra do đặt mèche mũi lâu ngày.

Các biến chứng khác: Tê bì khẩu cái (2,9%), dính cuốn (5,9%) cũng tương tự như nghiên cứu của Kitamura T [10] và các tác giả khác [5, 9]. Do vậy, cần theo dõi chặt chẽ BN trước khi ra viện và tái khám để xử trí các biến chứng nếu cần.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 34 BN CMM được phẫu thuật nội soi đông điện cầm máu tại Bệnh viện Quân y 103 chúng tôi thấy:

- Nhóm tuổi hay bị CMM nhất từ 41 - 60 tuổi.

- CMM do tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao (55,9%).

- 100% BN CMM đều tái phát nhiều lần, nhóm tái phát 3 lần gặp nhiều nhất (55,9%).

- 64,7% BN CMM không xác định được vị trí chảy máu qua nội soi.

- 14,7% BN phải tiến hành phẫu thuật lần 2.

- 17,6% BN có biến chứng sau phẫu thuật liên quan đến điều trị cầm máu thất bại trước đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Petrusson B., Rudin R. (1975). The frequency of epistaxis in a male population sample, *Rhinology*; 13(3): 129-133.

2. Nguyễn Trường Đức, Lê Công Định và CS (2014). Đánh giá hiệu quả đốt động mạch bướm khẩu cái qua nội soi tai mũi họng trong điều trị chảy máu mũi. *Kỷ yếu Hội nghị khoa học Tai Mũi Họng toàn quốc lần thứ XVII*: 94-99.

3. Lê Công Định và CS (2013). Kinh nghiệm điều trị chảy máu mũi nặng bằng phẫu thuật nội soi đông điện động mạch bướm khẩu cái. *Kỷ yếu Hội nghị khoa học Tai Mũi Họng toàn quốc lần thứ XVI*: 291-295.

4. Trần Phương Nam và CS (2022). Đánh giá kết quả điều trị chảy máu mũi bằng phẫu thuật nội soi đông

điện động mạch bướm khẩu cái. *Kỷ yếu Hội nghị Tai Mũi Họng phía Nam lần thứ XXXVIII*: 73-84.

5. Lubianca N.J.F. (1999). Is epistaxis eviden of end - organ damage in patients with hypertention? *Laryngoscope*; 109(7): 1111-1115.

6. Ramesh P. (2015). Evaluation of etiology and treatment methods for epistaxis: A review at a tertiary care hospital in central Nepal. *International Journal of Otolaryngology*.

7. Swift A.C., Bleier B.S., Bhalla R.K., et al (2013). Epistaxis etiology, investigation and management. *Rhinology and Skull Base Surgery*: 507-523.

8. Mc Dermott A. M., O' Cathain et al (2016). Sphenopalatine artery ligation for epistaxis: Factors influencing outcome and impact of timing of surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 154(3): 547-552.

9. Đoàn Thị Thanh Hà (2018). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đốt động mạch bướm khẩu cái điều trị chảy máu mũi. *Kỷ yếu Hội nghị Tai Mũi Họng Toàn quốc lần thứ XVII*: 67-71.

10. Takahiro K., Yukinori T., Kazuya T, et al. (2019). Sphenopalatine artery surgery for refractory idiopathic epistaxis: Systematic review and meta - analysis. *Laryngoscope*; 129(8): 1731-1736.