

de *Cardiologia*; vol 88 no 3.

5. **Chinushi M, et al** (1998), Repetitive ventricular responses induced by radiofrequency ablation for idiopathic ventricular tachycardia originating from the outflow tract of the right ventricle. (*Pacing Clin Electrophysiol.* 21(4 Pt 1): 669-78).

6. **Lee SH, et al** (2002), Determinants of successful ablation of idiopathic ventricular tachycardias with left bundle branch block morphology from the right ventricular outflow tract. (*Pacing Clin Electrophysiol.* 25(9):1346-51).

7. **Jackson J. Liang, et al** (2020). Ablation of Ventricular Outflow Tract Tachycardias. In: Shoenberger K. Stephen Huang, John M. Miller. *Catheter Ablation of Cardiac Arrhythmias*, 4th edition, pp 448 – 466. Elsevier.

8. **Ziad Issa, et al**, (2019), Idiopathic Focal Ventricular Tachycardia, In *Clinical Arrhythmology and Electrophysiology: A Companion to Braunwald's Heart Disease*. 3rd edition, pp 816 - 857. Elsevier.

9. **Naiara Calvo MD, et al** (2013), Radiofrequency Catheter Ablation of Idiopathic Right Ventricular Outflow Tract Arrhythmias. *Indian Pacing and Electrophysiology Journal* (ISSN 0972-6292), 13 (1): 14-33.

10. **Klein LS, et al** (1992). Tachycardia in Patients Without Structural Heart Disease. *Circulation*, 85:1666-1674.

11. **Liu H, et al** (2002). Catheter ablation of idiopathic ventricular tachycardia. *The Internet Journal of Cardiovascular Research*, 1 (1): 1-4.

12. **Tsai CF, et al** (1997): Idiopathic monomorphic ventricular tachycardia: clinical outcome, electrophysiologic characteristics and long-term results of catheter ablation. *International Journal of Cardiol*, 62 (2): 143-150.

13. **Trương Quang Khanh và cs** (2008). Hiệu quả điều trị nhịp nhanh thất nguyên phát bằng năng lượng tần số radio qua catheter. Đề tài nghiên cứu khoa học nghiên cứu sinh - Học viện Quân Y.

14. **Coggins DL, et al** (1994). Radiofrequency catheter ablation as a cure for idiopathic tachycardia of both left and right ventricular origin. *J Am Coll Cardiol*, 23: 1333-1341.

15. **Rodriguez LM, et al** (1997). Predictors for successful ablation of right and left - Sided idiopathic ventricular tachycardia. *Am J of Cardiol*, 79 (3): 309-314.

16. **Synne Dragesund Rørvik, et al** (2016), 10-year follow-up after radiofrequency ablation of idiopathic ventricular arrhythmias from right ventricular outflow tract, *Indian Pacing and Electrophysiology Journal* 16, 88e91.

17. **Rakesh Latchamsetty, et al** (2015), Multicenter Outcomes for Catheter Ablation of Idiopathic Premature Ventricular Complexes, *Jacc: Clinical Electrophysiology* Vol. 1, No. 3.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU MŨI TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

NGUYỄN THỊ NGỌC ANH,
TRẦN DUY NINH, NGUYỄN CÔNG HOÀNG
Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị chảy máu mũi tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

*Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Ngọc Anh
Email: ngocanh86yktn@gmail.com
Ngày nhận: 07/01/2021
Ngày phản biện: 03/02/2021
Ngày duyệt bài: 22/02/2021*

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp.

Kết quả: Tuổi trung bình 40,1 ± 14,5. Tỷ lệ giới: nam (61,3%), nữ (33,7%). Đặc điểm lâm sàng: chảy máu mũi một bên (74,2%), hai bên (25,8%). Mức độ chảy máu nặng (58,1%), chảy máu mức độ vừa (41,9%). Vị trí chảy máu: Động mạch bướm khẩu cái (48,4%), chảy máu lan tỏa (35,5%). Thời gian điều trị trung bình là 11,6 ± 7,3 ngày. Kết quả điều trị: tốt (61,3%); trung bình (25,8%), kém (12,9%).

Kết luận: Chảy máu mũi thường gặp lứa tuổi trung niên, nam giới, một bên. Vị trí hay gặp là động mạch bướm khẩu cái. Can thiệp phẫu thuật nội soi cầm máu mũi cho kết quả khá tốt.

Từ khóa: Chảy máu mũi, nội soi cầm máu mũi, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

SUMMARY

TO EVALUATE THE RESULT OF ENDOSCOPY SURGERY IN THE TREATMENT OF EPITAXIS AT OTORHINOLARYNGOLOGY DEPARTMENT – THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the result of endoscopy surgery in the treatment of epitaxis at otorhinolaryngology Thai Nguyen National Hospital.

Method: Prospective descriptive method with clinical intervention.

Result: Mean age was $40,1 \pm 14,5$. Gender: male (61.3%), female (33,7%). Clinical features: epitaxis in single-sided (74.2%), bilateral (25.8%). Severe bleeding (58.1%), moderate bleeding (41.9%). Bleeding location: female palate artery (48.4%), diffuse bleeding (35.5%). The average duration of treatment was 11.6 ± 7.3 days. Treatment results: good (61.3%); medium (25.8%), poor (12.9%)

Conclusions: Epitaxis is usually middle-aged, male, unilateral. A common location is the palate artery. Endoscopic surgery in treatment of epitaxis gives quite good results.

Keywords: Epitaxis, endoscopy surgery in treatment of epitaxis, Thai Nguyen national hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi (CMM) là một cấp cứu thường gặp trong chuyên khoa tai mũi họng với nhiều mức độ và có nhiều nguyên nhân khác nhau, CMM chiếm vị trí thứ nhất về tần số gặp trong chảy máu đường hô hấp trên tự phát. Do đặc điểm cấu trúc của niêm mạc mũi và sự cung cấp máu của mạng lưới mạch máu cho vùng mũi rất phong phú nên rất dễ xảy ra chảy máu.

Chẩn đoán xác định CMM thường không khó lắm bao gồm tất cả các trường hợp chảy máu từ mũi ra ngoài hoặc xuống họng tuy nhiên xác định vị trí và nguyên nhân chảy máu thì phức tạp hơn [2], [4]. Mức độ trầm trọng của chảy máu mũi tùy thuộc vào nguyên nhân, vị trí của chảy máu mũi.

Chảy máu mũi trước thường gặp ở trẻ em và người trẻ nhưng thường lành tính, dễ kiểm soát, gặp khoảng 80% - 90%, còn chảy máu mũi sau hiếm gặp hơn, hay gặp ở người già bị cao huyết

áp hoặc xơ vữa động mạch..., nhưng thường nặng do chảy máu nhiều hoặc chảy máu vừa, hay tái diễn nhiều lần đe dọa đến tính mạng bệnh nhân, đôi khi khó kiểm soát gặp khoảng 10% - 20%.

Ngày nay, với sự ra đời và phát triển của kỹ thuật nội soi mũi xoang đã đem lại những tiến bộ trong điều trị các bệnh mũi xoang nói chung và trong chẩn đoán, điều trị chảy máu mũi nói riêng, nó chứng tỏ tính hơn hẳn so với các phương pháp cầm máu khác trong phần lớn các trường hợp, đem lại kết quả tốt và ngày càng trở thành một phương pháp điều trị lựa chọn và ứng dụng rộng rãi [1],[4], [5].

Phẫu thuật nội soi điều trị chảy máu mũi được tiến hành thường quy tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị chảy máu mũi tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng: Gồm 31 bệnh nhân (BN) chảy máu mũi được điều trị nội soi cầm máu mũi tại khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

+ Những BN được chẩn đoán chảy máu mũi, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cầm máu mũi tại khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2020 đến 12/2020.

+ Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ: mô tả rõ triệu chứng lâm sàng, được phẫu thuật nội soi cầm máu mũi, được ghi chép đầy đủ thông tin trong, sau phẫu thuật và theo dõi sau mổ.

+ Được theo dõi sau mổ 01 tháng.

+ BN và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Hồ sơ lưu trữ không đầy đủ.

+ Không được theo dõi đến thời điểm nghiên cứu.

+ BN và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2020.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp.

3. Phương tiện nghiên cứu

- Bộ nội soi tai mũi họng, bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi cầm máu mũi.

4. Các chỉ số nghiên cứu

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Các chỉ tiêu chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư, mùa mắc bệnh.

+ Các triệu chứng lâm sàng: Tiền triệu, số mũi bị chảy máu, triệu chứng khác kèm theo.

+ Mức độ chảy máu: Nhẹ, trung bình, nặng.

+ Vị trí chảy máu: Điểm mạch, động mạch, chảy máu lan tỏa.

+ Thời gian điều trị

+ Kết quả điều trị:

Tốt: Cầm máu tốt sau phẫu thuật, không tái phát, không biến chứng.

Trung bình: Cầm máu tốt sau phẫu thuật, chảy máu ít sau mổ (cần thêm 1 biện pháp cầm máu đơn giản, không biến chứng).

Kém: Chảy máu tái phát hoặc có biến chứng [3].

- Kỹ thuật thu thập số liệu: Hỏi, khám lâm sàng, cận lâm sàng thu thập số liệu theo bệnh án mẫu.

- Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

5. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn, thăm khám lâm sàng bằng nội soi tai mũi họng, tiến hành phẫu thuật nội soi cầm máu mũi, đánh giá kết quả phẫu thuật theo phiếu thu thập số liệu.

6. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ

Phân tích số liệu từ 31 bệnh nhân (BN) chảy máu mũi được phẫu thuật nội soi cầm máu mũi tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên kết quả thu được như sau:

1. Giới

Tỉ lệ giới: nam chiếm 61,3%, nữ là 33,7%.

2. Tuổi

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là: $40,1 \pm 14,5$; thấp nhất là 13 tuổi, cao nhất là 67 tuổi.

3. Mùa mắc bệnh

Bảng 1. Phân bố BN theo mùa

Mùa	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Xuân hạ	10	32,3
Thu đông	21	67,7
Tổng số	31	100

Nhận xét: Đa số BN trong nghiên cứu gặp vào mùa thu đông chiếm 67,7% (21/31 BN), chỉ có 32,3% BN gặp vào mùa xuân hạ.

4. Số mũi bị chảy

Bảng 2. Phân bố BN theo mũi chảy máu

Số mũi bị chảy	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Một bên	Bên phải	14	45,2
	Bên trái	9	29
Hai bên	8	25,8	
Tổng số	31	100	

Nhận xét: Đa số BN chảy máu xuất hiện một bên mũi chiếm 74,2%; chỉ có 8 BN chảy máu hai bên mũi chiếm 25,8%.

5. Mức độ chảy máu

100% BN trong nghiên cứu chảy máu mức độ vừa và nặng trong đó có 18/31 BN chảy máu mức độ nặng, 13/31 BN chảy máu mức độ vừa.

6. Vị trí chảy máu

Bảng 3. Vị trí chảy máu

Vị trí chảy máu	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Điểm mạch Kisselbach	0	0
Động mạch bướm khẩu cái	15	48,4
Động mạch sàng	4	12,9
Lan tỏa mao mạch	11	35,5
Không xác định điểm chảy	4	12,9

Nhận xét: Đa số BN chảy máu tại động mạch bướm khẩu cái với 15/31 BN chiếm tỷ lệ 48,4% và chảy máu lan tỏa là 8/31 BN chiếm tỷ lệ 25,8%. Không có BN nào chảy máu tại điểm mạch Kisselbach.

7. Thời gian điều trị

58,1% BN có thời gian điều trị từ 7 - 14 ngày; 32,2% BN điều trị trên 14 ngày và chỉ có 3 BN điều trị dưới 7 ngày. Thời gian điều trị tại viện trung bình là $11,6 \pm 7,3$ ngày.

7. Kết quả điều trị

Đa số BN có kết quả điều trị tốt chiếm 61,3%; 25,8% BN có kết quả điều trị trung bình và có 4 BN có kết quả điều trị kém.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

1.1. Tuổi và giới

1.1.1. Tuổi

Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy CMM gặp hầu khắp các lứa tuổi, tuy nhiên tỷ lệ ở các lứa tuổi rất khác nhau, tuổi trung bình trong nghiên cứu là $40,1 \pm 14,5$. Trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 20 - 59 tuổi, nhóm tuổi ít gặp nhất là dưới 15 tuổi trong nghiên cứu chỉ gặp 2 trường hợp. Kết quả này phù hợp với tác giả Bùi Thái Vi và Nguyễn Trọng Tài [7], [8].

1.1.2. Giới

Chảy máu mũi gặp ở nam giới cao hơn nữ giới, sự khác biệt giữa hai giới có ý nghĩa thống

kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương so với các tác giả trong nước như Phạm Quang Hoài thì tỷ lệ nam/nữ khoảng 2/1, Bùi Thái Vi thì tỷ lệ nam là 67,2%, nữ là 32,8%, tỷ lệ nam/nữ khoảng 2/1. Tuy nhiên thấp hơn so với tác giả Nguyễn Trọng Tài có tỷ lệ nam/ nữ là 7/1 [5], [6].

1.2. Thời gian mắc bệnh

Đa số BN chảy máu mũi xuất hiện vào mùa thu đông chiếm 67,7%. Đây là mùa có sự gia tăng tỷ lệ các bệnh lý của mũi xoang như viêm mũi xoang cấp tính, viêm mũi dị ứng, viêm mũi xoang mạn tính....

1.3. Đặc điểm lâm sàng chảy máu mũi

Đa số BN trong nghiên cứu chảy 1 bên mũi chiếm tỷ lệ 74,2% với 23/31 BN. Chỉ có 8 BN chảy máu cả hai bên thường gặp trong các trường hợp chảy máu lan tỏa mao mạch.

Về mức độ CMM: 100% BN trong nghiên cứu có CMM mức độ vừa hoặc nặng, không có BN nào CMM mức độ nhẹ. Trên lâm sàng các trường hợp CMM mức độ nhẹ tương ứng là CMM trước, lành tính và tự cầm, có thể điều trị ngay ở tuyến dưới. Chỉ có các BN có tình trạng CMM mức độ vừa hoặc nặng mới chuyển đến viện chúng tôi để điều trị.

Vị trí CMM: Trong nghiên cứu của chúng tôi các BN sau khi được gây mê toàn thân, đặt co mạch sau đó tiến hành nội soi cẩn thận nhằm xác định điểm chảy máu. Trong tổng số 31 BN có 15 BN chiếm 48,4% chảy máu tại vị trí động mạch bướm khẩu cái. Trong nghiên cứu sau khi xác định vị trí chảy máu chúng tôi tiến hành đông điện cầm máu hoặc sử dụng laser cầm máu, sau đó đặt lưới cầm máu để đảm bảo kết quả phẫu thuật. Điểm đáng chú ý là có 4 trường hợp BN không xác định được điểm chảy do mức độ chảy máu lan tỏa toàn bộ niêm mạc mũi. Cả 4 trường hợp này sau đó phải tiến hành can thiệp nút mạch dưới DSA để cầm máu.

2. Đánh giá kết quả điều trị

2.1. Thời gian điều trị

Thời gian điều trị tại viện trung bình là $11,6 \pm 7,3$ ngày trong đó đa số BN có thời gian điều trị từ 7 - 14 ngày chiếm 58,1%; 32,2% BN điều trị trên 14 ngày và chỉ có 3 BN điều trị dưới 7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi cao hơn so với Nguyễn Trọng Tài là 6,8 ngày. Điều này có thể kỳ giải do đa số các BN trong nghiên cứu của chúng tôi trước khi phẫu thuật nội soi cầm máu đều được tiến hành các biện pháp cầm máu đơn giản như nhét meche, nhét merocell trung bình 3 - 5 ngày. Theo một số tác giả đề xuất chỉ nên theo dõi trong 24 giờ nếu

chảy máu không kiểm soát thì nên tiến hành phẫu thuật nội soi cầm máu ngay mà không chờ đợi theo dõi. Trong nghiên cứu chúng tôi có ghi nhận 5 trường hợp do được tiến hành nhét meche mũi trước mũi sau tại tuyến dưới không đúng kỹ thuật dẫn tới tổn thương cuốn dưới gây chảy máu mũi tái phát. Đây là vấn đề cần khuyến cáo cho các cơ sở y tế trong vấn đề điều trị CMM [1], [3].

2.2. Kết quả điều trị

Đa số BN có kết quả điều trị tốt chiếm 61,3%. 8 BN trong nghiên cứu có kết quả điều trị trung bình sau phẫu thuật vẫn cần nhét merocell tăng cường thêm 3 - 5 ngày. Đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 BN có kết quả điều trị kém phải chuyển nút mạch cầm máu, không có trường hợp nào có biến chứng.

KẾT LUẬN

Chảy máu mũi thường gặp lứa tuổi trung niên, nam giới, một bên. Vị trí chảy máu mũi thường gặp là động mạch bướm khẩu cái. Can thiệp phẫu thuật nội soi cầm máu mũi cho kết quả khá tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trọng Tài (2014). "Nghiên cứu hiệu quả các biện pháp can thiệp trong điều trị chảy máu mũi", Tạp chí Y học thực hành (914) - số 4/2014.
2. Vũ Văn Minh (2017), "Đánh giá hiệu quả một số biện pháp điều trị chảy máu mũi do tăng huyết áp tại Bệnh viện Quân Y 103", Tạp chí Y Dược học Quân sự số 5/2017.
3. Nghiêm Đức Thuận (2013). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chảy máu mũi do tăng huyết áp ở Bệnh viện Quân y 103", Tạp chí Y học thực hành (859) - số 2/2013, tr. 99 - 103.
4. Phạm Thị Bích Đào (2016). "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chảy máu mũi do tăng huyết áp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2013-2014", Tạp chí Y học Dự phòng, tập XXVI, số 8 (181).
5. Nguyễn Quốc Dũng (2014). "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và xử trí chảy máu mũi tại khoa Tai mũi họng Bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Y Dược học, Tập 4(6) - Số 24/2014; tr. 66 - 68.
6. Frikart L., Agrifoglio A. (2013). "Endoscopic treatment of posterior epistaxis", Rhinology, 36(2), pp.59-61.
7. Koh E., Vincent I., Frazzini and Nolan J.Kagetsu (2015). "Epistaxis", Vascular Anatomy, origins, 174(3), pp.1-16.
8. Voegels RL, Thome DC, Iturralde PP, Butugan O. (2016). "Endoscopic ligation of the sphenopalatin artery for severe posterior epistaxis", Am Otolaryngol, pp.249-251.