

sau một tháng cho thấy hiệu quả của quá trình điều trị và phẫu thuật cắt gan mang lại cũng như chất lượng chăm sóc và theo dõi NB sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hong SK, Lee KW, Hong S young, et al.** Efficacy of Liver Resection for Single Large Hepatocellular Carcinoma in Child-Pugh A Cirrhosis: Analysis of a Nationwide Cancer Registry Database. *Front Oncol.* 2021;11. Accessed May 9, 2023. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2021.674603>
- Su YM, Liu W, Yan XL, et al.** Five-year survival post hepatectomy for colorectal liver metastases in a real-world Chinese cohort: Recurrence patterns and prediction for potential cure. *Cancer Med.* 2023;12(8):9559-9569. doi:10.1002/cam4.5732
- Wee IJY, Syn N, Lee LS, Tan SS, Chiow AKH.** A systematic review and meta-analysis on the quality of life after hepatic resection. *HPB.* 2020; 22(2): 177-186. doi:10.1016/j.hpb. 2019.11.016.
- Li L, Chan SL, Mo F, et al.** Status of inflammation in relation to health related quality of life in hepatocellular carcinoma patients. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2019; 28(9): 2597-2607. doi:10.1007/s11136-019-02190-0.
- Li L, Mo FKF, Chan SL, et al.** Prognostic values of EORTC QLQ-C30 and QLQ-HCC18 index-scores in patients with hepatocellular carcinoma – clinical application of health-related quality-of-life data. *BMC Cancer.* 2017/01/04 2017;17(1):8. doi:10.1186/s12885-016-2995-5
- Kirchner T, Marquardt S, Werncke T, et al.** Comparison of health-related quality of life after transarterial chemoembolization and transarterial radioembolization in patients with unresectable hepatocellular carcinoma. *Abdominal Radiology.* 2019/04/01 2019;44(4):1554-1561. doi:10.1007/s00261-018-1802-y.
- Hu J, Yang J, Yu H, et al.** Effect of Sarcopenia on Survival and Health-Related Quality of Life in Patients with Hepatocellular Carcinoma after Hepatectomy. *Cancers.* 2022;14(24):6144. doi:10.3390/cancers14246144.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI TẠI BỆNH VIỆN E

Hà Phương Thảo¹, Nguyễn Lê Hoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chảy máu mũi. **Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi cầm máu mũi.** **Đối tượng:** Bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu mũi và được điều trị nội soi cầm máu mũi tại bệnh viện E. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Chảy máu mũi thường gặp ở lứa tuổi >60 và ở nam nhiều hơn nữ, với tỉ lệ nam/ nữ là 1.4/1. Chủ yếu chảy máu mũi mức độ vừa (53.6%) và chảy máu mũi trước (67.9%). Điểm chảy máu phát hiện trên phẫu thuật nội soi: nhiều nhất ở vách ngăn, tiếp theo là khe mũi dưới. **Kết quả nội soi cầm máu mũi:** có 1 bệnh nhân chảy máu tái phát phải cầm máu lại, tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật 4.8%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi là phương pháp điều trị hiệu quả cao, an toàn.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF ENDOSCOPIC SURGERY TO CONTROL EPISTAXIS AT E HOSPITAL

Objective: Describe the clinical characteristics of patients with epistaxis. Evaluate the results of endoscopic surgery to stop nasal bleeding. **Subjects:**

Patients were diagnosed with epistaxis and received endoscopic surgery to control epistaxis at E hospital. **Research method:** cross-sectional description. **Results:** Epistaxis are common in people over 60 years old and are more common in men than women, with a male/female ratio of 1.4/1. Mainly moderate epistaxis (53.6%) and anterior epistaxis (67.9%). Bleeding sites detected on endoscopic surgery: most frequently in the septum, followed by the inferior nasal meatus. Results of endoscopic surgery: 1 patient had recurrent bleeding, the postoperative complication rate was 4.8%. **Conclusion:** Endoscopic surgery to control epistaxis is a highly effective and safe treatment method.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi là cấp cứu tai mũi họng thường gặp nhất. Do đặc điểm giải phẫu và mạng lưới cấp máu cho vùng mũi rất phong phú nên chảy máu mũi rất dễ xảy ra. Theo nghiên cứu, khoảng 60% dân số từng một lần chảy máu mũi, trong đó 6% cần chăm sóc y tế. Có nhiều phương pháp cầm máu mũi phụ thuộc nguyên nhân, mức độ chảy máu. Trong đó, hiện nay phẫu thuật nội soi cầm máu mũi vẫn là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất tại các bệnh viện và đạt hiệu quả tốt. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chảy máu mũi. Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi cầm máu mũi tại Bệnh viện E.*

¹Bệnh viện E

²Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Phương Thảo

Email: thaohaphuong88@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 29.7.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu mũi và được phẫu thuật nội soi cầm máu tại khoa tai mũi họng – bệnh viện E.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân được khám và chẩn đoán là chảy máu mũi.

+ Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cầm máu mũi.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân chảy máu mũi nhưng không được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cầm máu.

+ Bệnh nhân không được theo dõi sau phẫu thuật.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4/2022 đến tháng 4/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: khoa tai mũi họng, bệnh viện E.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

84 bệnh nhân. Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Khám, đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân

- Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi

- Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng

2.2.4. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

+ Tuổi, giới

+ Tiền sử bệnh lý liên quan

+ Đặc điểm chảy máu mũi: số lần chảy, mức độ chảy máu

+ Đặc điểm nội soi: vị trí, hình thái chảy máu

+ Xét nghiệm công thức máu

- Kết quả điều trị:

+ Thời gian phẫu thuật, nằm viện

+ Tái phát chảy máu mũi

+ Biến chứng sau phẫu thuật

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chảy máu mũi

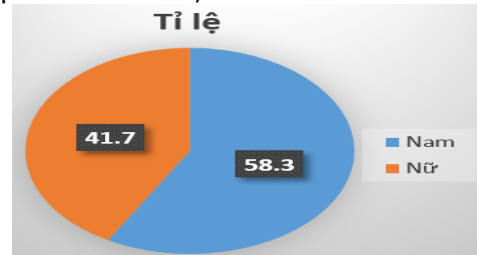
3.1.1. Phân bố theo tuổi và giới

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	Tỉ lệ (%)
≤ 20	4	4.8
21-40	14	16.7
41-60	29	34.5
>60	37	44.0
Tổng	84	100

Nhóm tuổi > 60 chiếm tỉ lệ cao nhất (44%), tiếp đến là nhóm tuổi từ 41-60. Nhóm ≤ 20 chiếm tỉ lệ thấp nhất (4.8%)

Tuổi bệnh nhân trung bình là 53.8 ± 17.4. Thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 87 tuổi.



Hình 1. Phân bố theo giới

Số bệnh nhân nam giới bị chảy máu mũi là 49 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 58.3%. Tỉ lệ nữ chảy máu mũi là 41.7%. Tỉ lệ nam/ nữ = 1.4/1

3.1.2. Tiền sử bệnh lý liên quan

Bảng 2. Phân bố theo bệnh lý liên quan

Bệnh lý liên quan	n	Tỉ lệ (%)
Cao huyết áp	11	13.1
Viêm xoang	2	2.4
Xơ gan	1	1.2
Sau phẫu thuật	1	1.2
Vô căn	69	82.1

Bệnh nhân chảy máu mũi vô căn chiếm đa số (69/84 bệnh nhân). Tiếp theo là liên quan tới cao huyết áp (11/84 bệnh nhân).

3.1.3. Số lần chảy máu trước khi vào viện

Bảng 3. Số lần chảy máu mũi

Số lần chảy máu	n	Tỉ lệ (%)
1	35	41.7
2	37	44.0
3	10	11.9
>3	2	2.4

Số lần chảy máu mũi trước vào viện chủ yếu là 1 và 2 lần. Số lần chảy máu mũi nhiều (>3) chiếm 2.4%

3.1.4. Mức độ chảy máu

Bảng 4. Mức độ chảy máu dựa trên lâm sàng, xét nghiệm máu

Mức độ chảy máu	n	Tỉ lệ (%)
Nhẹ	35	41.7
Vừa	45	53.6
Nặng	4	4.7
Tổng	84	100

Dựa trên toàn trạng (huyết áp, mạch), lượng

máu mất, xét nghiệm công thức máu, chảy máu mũi vừa chiếm 53.6%. Có 4.7% chảy máu mũi nặng.

3.1.5. Vị trí chảy máu mũi

Bảng 5. Chảy máu mũi trước và sau

Vị trí	n	Tỉ lệ (%)
Chảy máu mũi trước	57	67.9
Chảy máu mũi sau	27	32.1

Đa số bệnh nhân chảy máu mũi trước (67.9%). Có 32.1% chảy máu mũi sau

Bảng 6. Vị trí chảy máu mũi trên nội soi

Vị trí chảy máu	n	Tỉ lệ (%)
Vách ngăn	52	61.9
Cuốn mũi dưới	4	4.8
Cuốn mũi giữa	2	2.4
Khe mũi dưới	23	27.4
Khe mũi giữa	3	3.5

Về vị trí chảy máu quan sát được khi nội soi cầm máu mũi, đa số điểm chảy ở vách ngăn (61.9%). Tiếp đó là chảy máu khe mũi dưới (27.4%).

3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi cầm máu mũi

3.2.1. Vô cảm

Bảng 7. Phương pháp vô cảm

Vô cảm	n	Tỉ lệ (%)
Tê tại chỗ	79	94.0
Gây mê	5	6.0

Có 5/84 bệnh nhân được gây mê toàn thân để nội soi cầm máu mũi. Còn lại đa số phẫu thuật này thực hiện dưới tê tại chỗ.

3.2.2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 24.2 phút.

3.2.3. Số lần phẫu thuật nội soi cầm máu mũi

Bảng 8. Số lần phẫu thuật

Số lần phẫu thuật	n	Tỉ lệ (%)
1	83	98.8
2	1	1.2
>2	0	0

Có 1/84 bệnh nhân chảy máu mũi tái phát, cần nội soi cầm máu mũi lại.

3.2.4. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 9. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	Tỉ lệ (%)
Tê bì khẩu cái	1	1.2
Thủng vách ngăn	1	1.2
Dính cuốn	2	2.4
Tổng	4	4.8

Có 4.8% bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật, bao gồm: tê bì khẩu cái, thủng vách ngăn, dính cuốn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chảy máu mũi

4.1.1. Phân bố theo tuổi và giới. Tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 53.8 ± 17.4 . Tuổi thấp nhất là 16, cao nhất là 87. Tỉ lệ chảy máu mũi cao nhất là lứa tuổi >60 (44%), tiếp đến là lứa tuổi 40- 60 (34.5%). Như vậy, có thể thấy chảy máu mũi chủ yếu xảy ra ở lứa tuổi trung niên trở lên, với tổng tỉ lệ là 78.5%. Điều này được lí giải bởi tuổi cao liên quan tới sự thay đổi, xơ hóa thành mạch, vì vậy dễ dẫn tới chảy máu mũi. Nghiên cứu này cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Thái Hà [1].

Chảy máu mũi đa số gặp ở nam giới. Kết quả này phù hợp nghiên cứu nhiều tác giả trên thế giới và trong nước [1] [2] [3].

4.1.2. Tiền sử bệnh lý liên quan. Chảy máu mũi được phân loại là nguyên phát (vô căn), hay thứ phát (do nguyên nhân có thể xác định được). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ chảy máu mũi vô căn là 82.1%. Tiếp theo là cao huyết áp chiếm 13.1%. Vai trò của tăng huyết áp với chảy máu mũi còn gây tranh cãi với nhiều kết quả trái chiều [4] [5]. Một tác giả cho rằng cao huyết áp không gây chảy máu mũi nhưng nó làm tình trạng chảy máu mũi kéo dài [4]. Đồng thời, kiểm soát chảy máu mũi thường khó khăn hơn ở những đối tượng này.

4.1.3. Số lần chảy máu trước khi vào viện. Số lần chảy máu mũi trước khi vào viện chủ yếu là 2 lần (44%), tiếp theo là 1 lần (41.7%). Điều này được lí giải do chảy máu mũi là tình trạng cấp cứu, bệnh nhân có vấn đề thường lo lắng, đặc biệt trường hợp chảy máu nhiều ngay lần đầu, nên họ đến bệnh viện sớm. Kết quả này thấp hơn so tác giả Quận Thành Nam với 100% bệnh nhân chảy máu mũi từ 2 lần trở lên, trong đó cao nhất là chảy máu 3 lần (55.9%) [2].

4.1.4. Mức độ chảy máu. Dựa vào khai thác lâm sàng: toàn trạng (mạch, huyết áp), mức độ chảy máu, lượng máu mất, phối hợp xét nghiệm mà chia mức độ chảy máu thành: chảy máu mũi nhẹ, vừa, nặng. Trong nghiên cứu này, chủ yếu là chảy máu mũi vừa (53.6%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thái Hà [1]. Chảy máu mũi nhẹ chiếm 41.7%. Chỉ có 4/84 bệnh nhân là chảy máu mũi nặng. Mức độ chảy máu là yếu tố giúp định hướng vị trí chảy máu trên lâm sàng. Đa số chảy máu mũi trước là chảy máu mũi nhẹ và vừa. Chảy máu mũi sau thường là chảy máu mũi mức độ vừa hoặc nặng.

4.1.5. Vị trí chảy máu mũi. Dựa trên hỏi bệnh và thăm khám bước đầu, chúng ta có thể phân loại vị trí chảy máu mũi gồm: chảy máu

mũi trước và chảy máu mũi sau. Chảy máu mũi trước là tình trạng máu chủ yếu chảy ra phía trước mũi với điểm chảy máu chủ yếu ở phần trước vách ngăn. Chảy máu mũi sau là tình trạng máu chảy chủ yếu xuống thành sau họng với vị trí chảy thường ở đôi cuốn giữa, khe mũi dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chảy máu mũi trước chiếm nhiều nhất (67.9%). Còn lại là chảy máu mũi sau (32.1%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Max Kallenbach [3], Alper Yuksel [5].

Dựa trên nội soi khi cầm máu mũi, chúng tôi đã xác định chính xác vị trí chảy máu. Trong đó, điểm chảy máu ở vách ngăn chiếm nhiều nhất (61.9%). Kết quả tương đồng nghiên cứu của Jing Zhang [6]. Tiếp theo là chảy máu ở khe dưới (27.4%). Các vị trí khác chiếm tỉ lệ thấp: khe giữa cuốn giữa, cuốn dưới.

4.2. Kết quả của phẫu thuật nội soi cầm máu mũi

4.2.1. Vô cảm. Đa số bệnh nhân chảy máu mũi được thực hiện phẫu thuật nội soi cầm máu dưới gây tê tại chỗ. Chỉ có 5/84 bệnh nhân được chỉ định gây mê do bệnh nhân chảy máu mũi nhiều, toàn trạng không ổn định và trường hợp bệnh nhân sợ, không hợp tác. Trong nghiên cứu của Alper Yuksel, 96.58% được thực hiện cầm máu mũi dưới gây tê [5].

4.2.2. Thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 24.2 phút.

4.2.3. Số lần phẫu thuật. Trong số 84 bệnh nhân, chỉ có 1 bệnh nhân chảy máu mũi tái phát sau phẫu thuật lần 1, cần phải cầm máu mũi lần 2. Đây là trường hợp bệnh nhân có điểm chảy máu vị trí ở sâu, phần cao phía sau vách ngăn, đồng thời trên nền xơ gan rệu, chức

năng đông cầm máu kém. Trong nghiên cứu của Yuji Ando, tỉ lệ chảy máu tái phát sau phẫu thuật nội soi cầm máu mũi bằng đông điện cũng chiếm tỉ lệ thấp 6.4% [4].

4.2.4. Biến chứng sau phẫu thuật. Biến chứng trong và sau phẫu thuật chiếm 4.8%, gồm các biến chứng tê bì khẩu cái, dính cuốn, thủng vách ngăn. Các biến chứng này cũng gặp trong nghiên cứu của tác giả Quận Thành Nam [2].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi giúp xác định chính xác vị trí chảy máu. Đồng thời, phương pháp này đạt hiệu quả cầm máu cao, an toàn, giảm tỉ lệ chảy máu mũi tái phát ở bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Thái Hà, Vũ Mạnh Cường** (2024). Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi cầm máu mũi tại bệnh viện tai mũi họng trung ương. Tạp chí y học Việt Nam, 534(1B), 33-39.
- Quận Thành Nam, Đỗ Lan Hương** (2022). Kết quả điều trị chảy máu mũi bằng phẫu thuật nội soi đông điện tại bệnh viện quân y 103. Journal of Military pharmaco-medicine, 47(7), 109-116.
- Max Kallenbach, Andreas Dittberner, et al** (2020). Hospitalization for epistaxis: a population-based healthcare research study in Thuringia, Germany. Eur Arch Otorhinolaryngol, 277(6), 1659-1666.
- Yuji Ando, Jiro Limura, et al** (2014). Risk factors for recurrent epistaxis: importance of initial treatment. Auris Nasus Larynx, 41(1):41-5.
- Alper Yuksel, Hanifi Kurtaran, et al** (2014). Epistaxis in geriatric patients. Turk J Med Sci, 44(1), 133-136.
- Jing Zhang, Luhong Cao, et al** (2017). Randomized controlled trial comparing Nd:YAG laser photocoagulation and bipolar electrocautery in the management of epistaxis. Lasers Med Sci, 32(7), 1587-1593.

THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ LÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Trần Thanh Huyền¹, Bùi Thanh Hùng², Phạm Thành Đạt^{2,3*}

TÓM TẮT

Lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn thuần là một bệnh lý không thường gặp. Các phương pháp điều trị bao gồm: Nội khoa, can thiệp nội mạch

và phẫu thuật. Can thiệp, phẫu thuật hiếm khi được chỉ định nhưng có thể cần thiết trong một số trường hợp nhất định. **Báo cáo ca bệnh:** Chúng tôi trình bày trường hợp một bệnh nhân nam 45 tuổi được chẩn đoán tách động mạch mạc treo tràng trên đơn thuần. Ban đầu, bệnh nhân được điều trị bảo tồn, tuy nhiên sau một thời gian theo dõi, triệu chứng không cải thiện và người bệnh đã được điều trị thành công bằng phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật có thể là một lựa chọn khả thi để điều trị lóc tách động mạch mạc treo tràng trên khi điều trị nội khoa hoặc can thiệp nội mạch thất bại. **Từ khóa:** Lóc tách động mạch mạc treo tràng trên, liệu pháp chống đông, can thiệp nội mạch, phẫu thuật.

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Bệnh viện E

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thành Đạt

Email: thanhdat.p@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024