

Đại học Văn Lang. Sau khi phân tích trên phần mềm Blue Sky Plan, chúng tôi rút ra các kết luận sau: chiều dài implant ảo trung bình là $13.45 \pm 1.52\text{mm}$, khoảng cách từ chóp implant đến bản xương mặt trong trung bình là $12.31 \pm 5.52\text{mm}$, độ torque của răng trung bình là 152.56 ± 12 độ. Ở mặt ngoài, khoảng cách từ bề mặt implant phía ngoài đến bản xương mặt ngoài trung bình thấp nhất là ở lát cắt 9mm và lớn nhất là ở lát cắt 1mm. Ở mặt trong, khoảng cách từ bề mặt implant phía trong đến bản xương mặt trong thấp nhất là ở lát cắt 1mm và lớn nhất là ở lát cắt 9mm. Trong tương lai, cần có thêm các nghiên cứu tương tự có cỡ mẫu lớn hơn để điều tra thêm về các mối liên quan này. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của khảo sát kỹ lưỡng bằng phim CBCT và phần mềm implant ảo trong điều trị implant tức thì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen, H., Wang, W. & Gu, X.** Three-dimensional alveolar bone assessment of mandibular molars for immediate implant

- placement: a virtual implant placement study. BMC Oral Health 21, 478 (2021).
2. **Kanewoff, E., Alhallak, R., de Carvalho Machado, V. & Chrcanovic, B. R.** Immediate implant placement in the anterior mandible: a cone beam computed tomography study. BMC Oral Health 24, 393 (2024).
3. **Chan, H.-L. et al.** Risk assessment of lingual plate perforation in posterior mandibular region: a virtual implant placement study using cone-beam computed tomography. J. Periodontol. 82, 129–135 (2011).
4. **Ikbal, M., Shen, Y.-W., Ruslin, M., Fuh, L.-J. & Hsu, J.-T.** Assessment of sagittal root position, alveolar bone concavity, and labial bone perforation in the mandibular anterior tooth region for immediate implant placement. J. Dent. Sci. 18, 1227–1234 (2023).
5. **Tsai, Y.-W. C. et al.** Risk assessment of labial bone perforation in the anterior mandibular region: a virtual immediate implant placement study. Int. J. Implant Dent. 7, 68 (2021).
6. **Al-Ekrish, A. A.** Comparative study of the accuracy of CBCT implant site measurements using different software programs. Saudi Dent. J. 33, 355–361 (2021).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CHẢY MÁU MŨI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đặng Thị Như Trang^{1,2}, Trần Duy Ninh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chảy máu mũi tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** 95 BN vào viện với triệu chứng CMM được chẩn đoán, điều trị nội trú và theo dõi hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin liên quan đến nội dung nghiên cứu tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 9/2024 đến tháng 9/2025. **Kết quả:** Chảy máu mũi thường gặp ở bệnh nhân nam giới (69,48%) với tuổi trung bình là $40,95 \pm 25,01$ tuổi. Mức độ CMM hay gặp nhất là mức độ vừa, trong khi các rối loạn huyết động do CMM nhìn chung không đáng kể. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại như chụp CLVT và DSA được áp dụng trong một số trường hợp, góp phần hỗ trợ chẩn đoán và định hướng xử trí hiệu quả. **Kết luận:** Cần khai thác lâm sàng đầy đủ và chỉ định chẩn đoán hình ảnh hợp lý trong các trường hợp CMM nặng hoặc tái phát nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế biến chứng.

Từ khóa: chảy máu mũi, tai mũi họng

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF EPISTAXIS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with epistaxis at Thai Nguyen Central Hospital. **Materials and Methods:** A total of 95 patients admitted with symptoms of epistaxis, who were diagnosed, treated as inpatients, and had complete medical records relevant to the study, were included. The study was conducted at Thai Nguyen Central Hospital from September 2024 to September 2025. **Results:** Epistaxis occurred predominantly in male patients (69.48%), with a mean age of 40.95 ± 25.01 years. Moderate epistaxis was the most frequently observed severity, while hemodynamic disturbances related to epistaxis were generally insignificant. Advanced imaging modalities, including computed tomography (CT) and digital subtraction angiography (DSA), were employed in selected cases, providing valuable support in diagnosis and guidance for clinical management. **Conclusion:** Comprehensive clinical assessment combined with appropriate use of imaging studies in severe or recurrent epistaxis cases is essential to improve treatment outcomes and minimize complications.

Keywords: epistaxis, otorhinolaryngology

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Smart City

²Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm: Đặng Thị Như Trang
Email: bsdangthinhutrangtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi là một trong những cấp cứu thường gặp nhất của chuyên ngành Tai Mũi Họng, có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi với biểu hiện lâm sàng và mức độ rất đa dạng.^{1,2} Trên lâm sàng, người bệnh có thể chảy máu ra cửa mũi trước, thường xuất phát từ đám rối Kiesselbach với số lượng ít, nhỏ giọt và dễ tự cầm, hoặc chảy máu ra cửa mũi sau và xuống họng – biểu hiện thường gặp trong những trường hợp nặng, khó kiểm soát hơn. Không ít trường hợp chảy máu xuất hiện đồng thời cả hai đường, bên trái, bên phải hoặc cả hai bên mũi, gây khó khăn trong việc xác định chính xác vị trí tổn thương. Các vị trí thường gặp nhất là vùng mũi trước và vùng mũi sau, trong đó chảy máu mũi sau thường liên quan đến các nhánh của động mạch bướm khẩu cái và có xu hướng nặng, kéo dài.³⁻⁵

Về cận lâm sàng, công thức máu và các xét nghiệm đông máu cơ bản có vai trò quan trọng trong đánh giá tình trạng thiếu máu, rối loạn cầm máu hay các bệnh lý toàn thân liên quan. Nội soi mũi họng giúp quan sát trực tiếp và phân loại hình thái tổn thương, từ điểm chảy máu khu trú, lan tỏa mao mạch cho đến tổn thương động mạch hay trường hợp không xác định được rõ ràng. Trong những tình huống phức tạp hơn, chụp cắt lớp vi tính mũi xoang có giá trị trong phát hiện các tổn thương thực thể như chấn thương, viêm xoang, khối u hoặc dị vật. Đặc biệt, chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) là phương tiện chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu, cho phép khảo sát chi tiết hệ thống mạch máu nuôi dưỡng hốc mũi, phát hiện các bất thường như giãn, phình, tăng sinh mạch hay thông động – tĩnh mạch, từ đó định hướng xử trí hiệu quả trong những trường hợp chảy máu nặng, tái phát hoặc khó kiểm soát.^{3,6,7}

Tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, mặc dù chảy máu mũi là bệnh cảnh khá phổ biến, nhưng vẫn còn thiếu các nghiên cứu hệ thống về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cũng như hiệu quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chảy máu mũi tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân vào viện với triệu chứng CMM được chẩn đoán,

điều trị nội trú và theo dõi hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin liên quan đến nội dung nghiên cứu.

Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân tham gia đầy đủ quá trình nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại một số khoa lâm sàng và cận lâm sàng có người bệnh CMM tại BV Trung Ương Thái Nguyên, số 479 – đường Lương Ngọc Quyến – thành phố Thái Nguyên từ tháng 9/2024 đến tháng 9/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh có can thiệp nhưng không đối chứng

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả BN đủ tiêu chuẩn vào mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu gồm 95 BN đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Tuổi, giới tính
- Triệu chứng cơ năng CMM: chảy máu cửa mũi trước (thường do điểm mạch Kisselbach, ít, tự cầm), chảy máu cửa mũi sau xuống họng (khạc, ho, nôn máu đỏ tươi), kết hợp cả hai hoặc không xác định
- Bên mũi chảy máu gồm bên trái/bên phải/cả 2 bên.
- Mức độ CMM: chia thành nhẹ/vừa/nặng.
- Nội soi hốc mũi phát hiện các dạng: điểm mạch máu, lan tỏa mao mạch, động mạch hay không xác định
- Xét nghiệm: hồng cầu ($3,80-5,30 \times 10^{12}/L$), hemoglobin ($120-170 \text{ g/L}$), tiểu cầu ($150.000-450.000/\text{mm}^3$), cùng các chỉ số đông máu (PT%, APTT, fibrinogen) giúp đánh giá tình trạng cầm máu.
- Chẩn đoán hình ảnh: CLVT chỉ định trong chấn thương, u mạch, u xơ vòm, ung thư..., cho thấy tổn thương xương, bất thường mạch máu, khối u, dị vật, viêm xoang hoặc không xác định. DSA có giá trị cao trong chẩn đoán và xử trí CMM nặng/tái diễn, giúp xác định nhánh mạch (cảnh trong, cảnh ngoài, hoặc cả hai), hình thái tổn thương (giãn, phình, tăng sinh, thông động-tĩnh mạch, dò ĐM cảnh).

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Mọi thông tin BN tham gia nghiên cứu đều được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không có mục đích nào khác

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $40,95 \pm 25,01$ tuổi. Nam chiếm 69,48%, nữ chiếm 30,52%.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chảy máu mũi trên lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		SL	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm chảy máu	CMM trước	22	23,16
	CMM sau	12	12,63
	CMM trước và sau	61	64,21
Vị trí	Bên Trái	11	11,58
	Bên Phải	15	15,79
	Cả 2 bên	69	72,63
Mức độ chảy máu	Nhẹ	15	15,79
	Vừa	80	84,21

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm máu

Giá trị		Bình thường		Tăng		Giảm		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Số lượng	Tiểu cầu	91	95,79	0	0	4	4,21	0,001
	Hb	90	94,74	0	0	5	5,26	
	Hồng cầu	90	94,74	0	0	5	5,26	
Chức năng đông máu	Fibrinogen (g/l)	91	95,79	3	3,16	1	1,05	0,001
	PT%	92	96,84	3	3,16	0	0	
	APTT (giây)	94	98,95	1	1,05	0	0	

Nhận xét: Hầu hết BN có số lượng HC, TC, Hb bình thường ($\approx 95\%$), chỉ một tỷ lệ nhỏ giảm ($\approx 4-5\%$) và không có ca nào tăng; các chỉ số đông máu chủ yếu trong giới hạn bình thường, Fibrinogen bình thường 95,79% (giảm 3,16%, tăng 1,05%), PT% bình thường 96,84% (tăng 3,16%), APTT bình thường 98,95% (tăng 1,05%) và không có trường hợp tăng bất thường.

Bảng 3. Hình thái tổn thương trên phim cắt lớp vi tính

Tổn thương trên CLVT	SL	Tỷ lệ (%)
Chấn thương (tổn thương tăng giữa sọ mặt, nền sọ hay kết hợp cả sọ mặt và nền sọ)	8	25,81
Viêm mũi xoang (cấp, mạn, nấm, đặc hiệu)	8	25,81
U hốc mũi	6	19,36
Dị vật	0	0
Tổn thương mạch máu	0	0
Không xác định	9	29,02
Tổng số	31	100

Nhận xét: Trong 31/95 trường hợp được chụp CLVT, kết quả cho thấy 29,02% không phát hiện tổn thương, tổn thương do chấn thương và viêm mũi xoang đều chiếm 25,81%, u hốc mũi chiếm 19,36%, và không ghi nhận trường hợp dị vật hay tổn thương mạch máu.

Bảng 4. Vị trí tổn thương động mạch trên phim chụp mạch

Hình thái	Giãn	Tăng	Thông	Dò
-----------	------	------	-------	----

Hình thái tổn thương trên nội soi	Điểm chảy máu	19	25,33
	Động mạch	5	6,67
	Lan tỏa mao mạch	14	18,67
	Không xác định	37	49,33

Nhận xét: CMM chủ yếu chảy ra cửa mũi trước và sau (64,21%), thường gặp ở cả hai bên mũi (72,63%), mức độ vừa chiếm đa số (84,21%) và không có ca nặng;

Khi nội soi hốc mũi, đa phần không xác định được điểm chảy máu (49,33%), trong khi xác định được điểm chảy máu chiếm 25,33%, lan tỏa mao mạch chiếm 18,67% và thấy động mạch chỉ chiếm 6,67%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Vị trí		mạch	sinh mạch	động tĩnh mạch	động tĩnh mạch
ĐM cảnh trong	Thân				
	Nhánh				
ĐM cảnh ngoài	Thân				
	Nhánh	1			
Không xác định					
Tổng số		1			

Nhận xét: Trong nghiên cứu chỉ có 1 BN được chỉ định chụp mạch số hóa xóa nền, phát hiện giãn động mạch bướm khẩu cái hai bên. Bệnh nhân được nút mạch qua đường động mạch đùi phải bằng hạt vi cầu và keo Histoacryl, sau can thiệp tình trạng chảy máu mũi đã được kiểm soát.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm chảy máu mũi. Trong nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân CMM có biểu hiện chảy máu cả ra cửa mũi trước và sau (64,21%), thường gặp trong các trường hợp chảy máu nhiều, vị trí sâu và khó xác định ngay từ đầu. Chảy máu ra cửa mũi trước đơn thuần chiếm 23,16%, chủ yếu ở các trường hợp nhẹ, vị trí nông, dễ quan sát tại điểm mạch Kisselbach. Chảy máu xuống họng đơn thuần ít gặp hơn (12,63%) nhưng dễ gây khó chịu, khó phát hiện nguồn chảy và có nguy cơ bỏ sót nếu không nội

soi. Kết quả này cho thấy việc đánh giá đầy đủ cả đường mũi trước và sau là cần thiết trong chẩn đoán và xử trí CMM. Vị trí CMM của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Vũ Công Thắng (2020) với tỷ lệ vị trí CMM trước và sau là 50,94%, tiếp là mũi trước chiếm 47,17% và mũi sau chiếm 1,89%⁵. Nguyễn Văn Thường (2016) ghi nhận vị trí CMM trước và sau chiếm 55,74%, trước chiếm 39,34% và sau chiếm 4,92%⁷. Trong khi Joao (2016), vị trí CMM trước 70,3%, sau 6,9% và không xác định 22,8%⁴.

Bên mũi chảy máu. Trong nghiên cứu này, CMM hai bên chiếm tỷ lệ cao nhất (72,63%), phản ánh tình trạng chảy máu lan tỏa, khó xác định rõ vị trí tổn thương, thường gặp trong các bệnh lý toàn thân như tăng huyết áp, rối loạn đông máu hay bệnh mạn tính. Ngược lại, CMM đơn thuần một bên ít gặp hơn, với bên phải 15,79% và bên trái 11,58%, thường liên quan đến nguyên nhân khu trú như viêm mũi xoang, chấn thương hoặc u hốc mũi. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc khai thác tiền sử bệnh và thăm khám nội soi để định vị chính xác nguồn chảy máu, từ đó đưa ra hướng xử trí phù hợp. So sánh với các nghiên cứu khác, Vũ Công Thắng (2020) ghi nhận tỷ lệ CMM bên trái cao nhất (51,89%), tiếp đến là bên phải (33,02%) và cả hai bên chỉ chiếm 15,09%⁵. Trong khi Salcan (2020) báo cáo tỷ lệ CMM hai bên (33%) gần tương đương với bên phải (35,5%) và bên trái (31,1%)⁸.

Mức độ chảy máu. Trong nghiên cứu này, không có trường hợp nào CMM mức độ nặng, cho thấy đa số BN được phát hiện và nhập viện khi tình trạng chưa tiến triển hoặc đã được xử trí hiệu quả từ tuyến trước. CMM mức độ vừa chiếm ưu thế với 84,21%, phản ánh đặc điểm thường gặp của bệnh khi chảy máu vừa phải, gây lo lắng nhưng hiếm khi nguy hiểm tính mạng; trong khi mức độ nhẹ chỉ chiếm 15,79%. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ chung của CMM, vốn thường liên quan đến các nguyên nhân như tăng huyết áp, viêm mũi xoang hay chấn thương nhẹ. So sánh với Joao (2016), tỷ lệ CMM nhẹ chiếm đa số (40,6%), trong khi mức độ vừa và nặng thấp hơn (7,5% và 2,9%)⁴, cho thấy sự khác biệt nhất định về đặc điểm bệnh nhân giữa các nghiên cứu.

Hình thái tổn thương chảy máu mũi qua nội soi hốc mũi. Trong nghiên cứu này, nội soi hốc mũi được thực hiện ở 75/95 BN nhằm quan sát hình thái CMM. Kết quả cho thấy, tổn thương ít gặp nhất là dạng động mạch (6,67%), tiếp đến là lan tỏa mao mạch (18,67%), trong khi điểm chảy máu (25,33%) và không xác định (49,33%) chiếm tỷ lệ cao hơn. Điều này phản ánh khó

khăn trong việc xác định chính xác hình thái tổn thương qua nội soi cũng như sự đa dạng đặc điểm niêm mạc trong CMM. So sánh, nghiên cứu của Vũ Công Thắng (2020) ghi nhận điểm chảy máu chiếm tỷ lệ chủ yếu (52,24%), tiếp đến là xây xước niêm mạc (36,57%) và nụ sùi (11,19%)⁵. Trong khi đó, Hachicha và cộng sự (2024) báo cáo điểm chảy máu chiếm tới 58%, kèm niêm mạc sung huyết và vảy mũi.³ Do vậy, mọi trường hợp CMM không liên quan đến vùng Kiesselbach cần được đánh giá bằng nội soi mũi.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Xét nghiệm công thức máu. Trong nghiên cứu này, không ghi nhận trường hợp nào CMM có tình trạng tăng SL hồng cầu, tiểu cầu hay hemoglobin. Đa số BN có các chỉ số huyết học trong giới hạn bình thường với tỷ lệ cao: hồng cầu và hemoglobin đều có 90 ca đạt 94,74%, tiểu cầu có 91 ca chiếm 95,79%. Tỷ lệ giảm các chỉ số này tương đối thấp, trong đó giảm tiểu cầu có 4 ca chiếm 4,21%, giảm hồng cầu và hemoglobin có 5 ca đều ở mức 5,26%. Kết quả này cho thấy đa phần BN CMM không có rối loạn huyết học rõ rệt, tuy nhiên vẫn cần lưu ý đến nhóm nhỏ có thiếu hụt tế bào máu, vì đây có thể là yếu tố nguy cơ góp phần kéo dài hoặc làm nặng thêm tình trạng chảy máu.

Các chỉ số đông máu cơ bản. Trong nghiên cứu này, các chỉ số đông máu của BN CMM phần lớn nằm trong giới hạn bình thường. Cụ thể, fibrinogen bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 91/95 ca (95,79%), chỉ có 3 ca giảm (3,16%) và chỉ ghi nhận 1 ca tăng (1,05%). Chỉ số PT% đa số cũng bình thường với 92/95 ca (96,84%), trong khi giảm gặp ở 3 ca (3,16%) và không có trường hợp nào tăng. Đối với APTT, có đến 94/95 ca (98,95%) bình thường, chỉ 1 ca tăng chiếm 1,05%, không có ca giảm. Những chỉ số bất thường hầu hết những BN này có tiền sử viêm gan hoặc men gan giảm hoặc bệnh lý nội khoa khác kết hợp. Kết quả này cho thấy rối loạn đông máu không phải là NN thường gặp trong CMM, song những trường hợp bất thường dù ít vẫn cần được chú ý để có hướng xử trí thích hợp, đặc biệt ở các BN có nguy cơ tiềm ẩn rối loạn đông máu.

Cắt lớp vi tính. Trong nghiên cứu này, có 31/95 BN được chỉ định chụp CLVT để tìm NN CMM. Kết quả cho thấy 29,02% BN không phát hiện tổn thương, phản ánh hạn chế của hình ảnh học trong chẩn đoán nguyên nhân chảy máu. Các tổn thương do chấn thương và viêm mũi xoang có tỷ lệ tương đương (25,81%), trong khi u hốc mũi chiếm 19,36% — nhóm bệnh cần đặc biệt lưu ý vì liên quan đến CMM kéo dài hoặc tái phát. Không

ghi nhận dị vật hay tổn thương mạch máu trên CLVT. Điều này cho thấy CLVT có giá trị trong hỗ trợ chẩn đoán, đặc biệt ở những BN nghi ngờ bệnh lý thực thể, nhưng vẫn còn hạn chế trong việc xác định nguyên nhân cụ thể. So sánh với Beck (2018), đa số BN CMM không cần chẩn đoán hình ảnh, song ở nhóm tái phát hoặc không rõ nguyên nhân, CLVT được khuyến cáo nhằm loại trừ bệnh lý tân sinh mạch, điển hình là u xơ vòm mũi họng ở trẻ vị thành niên.²

Phim chụp mạch số hóa xóa nền. Trong nghiên cứu này, chỉ có 1/95 BN được chỉ định chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) do CMM dai dẳng, khó kiểm soát bằng các biện pháp thường quy. Kết quả cho thấy giãn ĐM bướm-khẩu cái hai bên, nhánh của ĐM cảnh ngoài — một nguyên nhân quan trọng gây CMM nặng và kéo dài. Trường hợp này nhấn mạnh vai trò của DSA trong chẩn đoán và định hướng điều trị khi nội soi hoặc cầm máu bảo tồn thất bại. Mặc dù tỷ lệ chỉ định thấp, DSA vẫn cần được cân nhắc ở các BN CMM phức tạp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế tái phát. So sánh với các nghiên cứu trước, Nguyễn Lê Đức Vĩnh (2005) ghi nhận tăng sinh mạch (45,45%), phình mạch (36,36%) và thoát thuốc (9,09%).⁶

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chảy máu mũi thường gặp ở bệnh nhân nam giới (69,48%) với tuổi trung bình là $40,95 \pm 25,01$ tuổi. Mức độ CMM hay gặp nhất là mức độ vừa, trong khi các rối loạn huyết động do CMM nhìn chung không đáng kể. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh

hiện đại như chụp CLVT và DSA được áp dụng trong một số trường hợp, góp phần hỗ trợ chẩn đoán và định hướng xử trí hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tunkel, D. E., Anne, S., Payne, S. C., Ishman, S. L., Rosenfeld, R.M., Abramson, P. J.,... & Monjur, T. M. (2020). Clinical practice guideline: nosebleed (epistaxis). *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 162, S1-S38.
2. Beck R, Sorge M, Schneider A, et al. Current Approaches to Epistaxis Treatment in Primary and Secondary Care. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(1-2):12-22.
3. Hachicha A, Chouchane H, Boussafa H, et al. Epistaxis chez les enfants porteurs d'une rhinite allergique: Particularités cliniques et facteurs de risque. *La Tunisie Médicale*. 2024;102(11):927.
4. Joao MG, Enout MR, Castro TC, et al. Is the occurrence of spontaneous epistaxis related to climatic variables? A retrospective clinical, epidemiological and meteorological study. *Acta Otolaryngologica*. 2016;136:1184-1189.
5. Vũ Công Thắng. Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh nội soi bệnh nhân chảy máu mũi chưa rõ nguyên nhân: Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2020.
6. Nguyễn Lê Đức Vĩnh. Nghiên cứu điều trị chảy máu mũi khó cầm bằng phương pháp điện quang can thiệp nội mạch: Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2005.
7. Nguyễn Văn Thường. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả một số biện pháp điều trị chảy máu mũi do tăng huyết áp tại bệnh viện Quân Y 103: Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện quân Y; 2016.
8. Salcan I, Olgun A. Is There a Relationship Between Epitaxis and Anatomical Variations? *Eurasian J Med*. 2020;52:136-138.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA RỐI LOẠN NUỐT VÀ CÁC TRIỆU CHỨNG TRẦM CẢM, LO ÂU SAU ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO

Bùi Văn Năm¹, Nguyễn Đăng Hải¹, Phan Thế Hà¹,
Đặng Minh Đức¹, Nguyễn Đăng Cường¹, Phạm Đình Đài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa rối loạn nuốt và các triệu chứng trầm cảm, lo âu sau đột quy nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 68 bệnh nhân đột quy nhồi máu não được điều trị tại Khoa Đột quy, Bệnh viện

Quân y 103 từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2025. Tình trạng nuốt được đánh giá bằng khám lâm sàng khi nhập viện bằng thang điểm tầm soát chức năng nuốt (GUSS), theo dõi đến khi xuất viện và sau 2 tháng bằng chỉ số độc lập (SINGER) tại phòng khám khoa Đột quy. Các triệu chứng trầm cảm và lo âu được đánh giá sau 2 tháng bằng thang trầm cảm và thang điểm trầm cảm và lo âu bệnh viện (HADS). **Kết quả:** 39,7% bệnh nhân có rối loạn nuốt khi nhập viện, 26,5% còn tồn tại rối loạn nuốt khi xuất viện và 20,6% vẫn còn rối loạn nuốt sau 2 tháng. Tỷ lệ trầm cảm sau 2 tháng là 29,4%, lo âu là 25,0%. Rối loạn nuốt kéo dài có mối liên quan có ý nghĩa với trầm cảm (OR = 3,12; 95% CI: 1.18–8.25; p = 0,01) và lo âu

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đình Đài

Email: phamdai103@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025