

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thái Hà¹, Vũ Mạnh Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định vị trí, tần suất, hình thái lâm sàng của các điểm chảy máu mũi qua phẫu thuật nội soi và đánh giá hiệu quả điều trị của phẫu thuật nội soi cầm máu mũi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. **Đối tượng:** Bệnh nhân chảy máu mũi nguyên phát được phẫu thuật nội soi cầm máu mũi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. **Phương pháp:** Mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả:** Đa số chảy máu mũi nguyên phát gặp ở lứa tuổi trung niên với tuổi mắc bệnh trung bình là $49,38 \pm 13,97$ tuổi và gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 2,43/1. Có 21 (43,75%) bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và các bệnh lý tim mạch kèm theo. Hầu hết các bệnh nhân bị chảy máu mũi một bên, chủ yếu là chảy máu mức độ vừa với tỷ lệ 77%. Điểm chảy máu phát hiện trong phẫu thuật nội soi có nhiều vị trí khác nhau tương ứng với các nhánh cấp máu của động mạch sàng trước và động mạch bướm khẩu cái. 44 (91,7%) bệnh nhân không có hiện tượng chảy máu mũi tái phát sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi giúp đánh giá chính xác vị trí các điểm chảy máu tương ứng với các nhánh động mạch cấp máu cho niêm mạc mũi và có hiệu quả cầm máu cao, giảm tỷ lệ tái phát. **Từ khóa:** Chảy máu mũi, phẫu thuật nội soi, cầm máu mũi

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC SURGERY TO CONTROL EPISTAXIS AT NATIONAL OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL

Objective: To determine the location, frequency, and clinical morphology of bleeding sites in epistaxis through endoscopic surgery and evaluate the treatment effectiveness of endoscopic surgery to control epistaxis at the National Otorhinolaryngology Hospital. **Subject:** Patients with primary epistaxis were done endoscopic surgery to control epistaxis at the National Otorhinolaryngology Hospital. **Methods:** Case series study. **Results:** Most primary epistaxis occurred in middle-aged people with an average age of onset 49.38 ± 13.97 years and more commonly in men than women with male/female ratio of 2.43/1.21 (43.75%) patients had history of hypertension and cardiovascular diseases. Most patients had unilateral epistaxis, and the percentage of moderate epistaxis

was 77%. Bleeding sites detected during endoscopic surgery had many different locations corresponding to the blood supply branches of the anterior ethmoid artery and sphenopalatine artery. 44 (91.7%) of patients did not have recurrence after surgery. **Conclusion:** Endoscopic surgery helps accurately assess the location of bleeding sites corresponding to the blood supply branches of the nasal artery and is highly effective in controlling epistaxis and reduces the recurrence rate.

Keywords: epistaxis, endonasal endoscopic surgery, control of nosebleed

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi là một cấp cứu thường gặp nhất trong tai mũi họng cần được chẩn đoán và xử trí kịp thời [1], [2]. Hiện nay việc điều trị chảy máu mũi ở các tuyến cơ sở vẫn còn nhiều hạn chế, đa số mới dừng lại ở việc sơ cứu ban đầu như nhét meche mũi trước, meche mũi sau, đặt các vật liệu cầm máu mũi. Một số nơi đã tiến hành nội soi cầm máu mũi nhưng hiệu quả chưa cao.

Nguyên lý khoa học của phẫu thuật nội soi cầm máu mũi là phẫu thuật sử dụng kỹ thuật nội soi để chẩn đoán và điều trị chảy máu mũi mức độ vừa và nặng, có nguy cơ tái phát [2], [3]. Phẫu thuật này giúp xác định chính xác vị trí chảy máu là điểm thuộc các nhánh động mạch chính cấp máu cho niêm mạc mũi. Các điểm chảy máu này sẽ được kiểm soát bằng đông điện, nâng cao hiệu quả điều trị so với việc đặt vật liệu cầm máu, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tỷ lệ chảy máu tái phát [3], [4].

Một số nước trên thế giới đã có các nghiên cứu về hiệu quả của nội soi mũi trong chẩn đoán và điều trị chảy máu mũi, Hội Tai Mũi Họng và phẫu thuật đầu cổ Hoa Kỳ thường xuyên cập nhật về quy trình chẩn đoán cũng như các phương pháp điều trị chảy máu mũi [1], [5], [6]. Ở Việt Nam hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cầm máu mũi và chưa có quy trình phẫu thuật nội soi cầm máu mũi. Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương đã triển khai kỹ thuật phẫu thuật nội soi cầm máu mũi nhiều năm nay, kiểm soát được nhiều trường hợp chảy máu dai dẳng, mức độ vừa và nặng, nhưng chưa có nghiên cứu nào về lĩnh vực này. Vì vậy nghiên cứu này được tiến hành với 2 mục tiêu:

- *Xác định vị trí và tần suất và hình thái lâm sàng của các điểm chảy máu mũi qua phẫu thuật*

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Hà

Email: nguyenthaihatmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 5.01.2024

nội soi cầm máu mũi.

- *Đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi cầm máu mũi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 48 bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu mũi vô căn và được phẫu thuật nội soi cầm máu mũi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

+ Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

• Được khám và chẩn đoán chảy máu mũi vô căn

• Được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cầm máu mũi

• Đồng ý tham gia nghiên cứu

• Có hồ sơ bệnh án đầy đủ rõ ràng

• Được theo dõi và đánh giá kết quả sau phẫu thuật

+ Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

• Chảy máu mũi do nguyên nhân như chấn thương hoặc chảy máu mũi thứ phát do khối u, các bệnh lý về máu và rối loạn đông máu

• Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu và không được theo dõi sau phẫu thuật

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ 01/2020 đến 10/2023

- **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả một loạt ca bệnh

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: 48 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. Kỹ thuật nội soi cầm máu mũi:

- Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa

- Vô cảm: đa số bệnh nhân được gây mê tĩnh mạch, gây mê nội khí quản áp dụng với BN chảy máu mũi mức độ nặng

- Lấy bỏ các vật liệu cầm máu mũi

- Đặt meche có tẩm thuốc co mạch xylometazolin và thuốc tê lidocain vào hốc mũi tại khe khướu, khe giữa, khe dưới và sàn mũi trong 10 phút

- Kiểm tra một cách hệ thống toàn bộ hốc mũi 2 bên bằng ống nội soi 0° và 30°

- Có thể áp dụng kỹ thuật bẻ cuốn dưới hoặc cuốn giữa vào trong hoặc ra ngoài để quan sát rõ hơn các vị trí nghi ngờ chảy máu

- Xác định điểm chảy máu là những điểm có

màu đỏ, thường nổi gờ lên khỏi bề mặt niêm mạc mũi, có thể phun máu hoặc đập theo nhịp mạch. Khi xác định được chính xác điểm chảy máu sẽ cầm máu bằng đông điện. Không đông điện bừa bãi tại những vị trí xây xước niêm mạc do đặt vật liệu cầm máu hoặc dụng cụ phẫu thuật

2.2.4. Các biến số nghiên cứu:

* Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi: phân theo các nhóm tuổi

- Giới: nam, nữ

- Tiền sử: Tăng huyết áp, bệnh lý khác, tiền sử chảy máu mũi trước đó

- Xử trí ban đầu: đặt vật liệu cầm máu mũi, phẫu thuật cầm máu mũi tại cơ sở y tế tuyến dưới

- Toàn thân: Mạch, huyết áp

- Đặc điểm chảy máu mũi: 1 bên hay 2 bên, mức độ chảy máu mũi

- Đặc điểm nội soi tai mũi họng: có tìm thấy điểm chảy máu hay không

* Đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm công thức máu và các xét nghiệm cơ bản

* Điều trị phẫu thuật nội soi cầm máu mũi

- Vị trí điểm chảy máu và tần suất:

+ Điểm chảy máu mũi trước: phần trước vách ngăn, phần cao vách ngăn và phần cao vách mũi xoang.

+ Điểm chảy máu mũi sau: phần thấp, phần sau vách ngăn, cửa mũi sau, mặt trong cuốn mũi giữa, mặt ngoài cuốn mũi giữa, thành ngoài khe giữa, mặt trong cuốn mũi dưới, mặt ngoài cuốn mũi dưới, thành ngoài khe dưới

* Đánh giá kết quả điều trị:

- Khám tai mũi họng đánh giá tình trạng hốc mũi và chảy máu mũi tái phát sau 1 tháng, 6 tháng, 1 năm, 2 năm

2.2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu về mỗi bệnh nhân được thu thập vào một mẫu bệnh án riêng theo mục tiêu chung đề ra. Tính số lượng và tỉ lệ phần trăm; tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

2.2.6. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS

2.2.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhân chảy máu mũi vô căn

3.1.1. Phân bố theo tuổi và giới của bệnh nhân

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 20	1	2,1%
21 – 40	12	25%

41 – 60	21	43,7%
> 60	14	29,2%
Tổng số	48	100%

- Nam: 34 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 70,8%
- Nữ: 14 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 29,2%
- Tỷ lệ nam/nữ = 2,43/1

Tuổi mắc bệnh trung bình là 49,38 ± 13,97, tuổi thấp nhất là 20, cao nhất là 70. Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất gặp ở nhóm từ 41 – 60 tuổi. Đa số chảy máu mũi nguyên phát gặp ở lứa tuổi trung niên với tỷ lệ mắc bệnh > 40 tuổi là 72,92% và gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/ nữ là 2,43/1.

3.1.2. Tiền sử chảy máu mũi trước đó và các bệnh lý kèm theo

Bảng 2: Tiền sử chảy máu mũi trước đó và các bệnh lý kèm theo

Tiền sử	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chảy máu mũi trước đó	09	18,75%
Tăng huyết áp, tim mạch	21	43,75%
Bệnh lý khác	11	22,91%

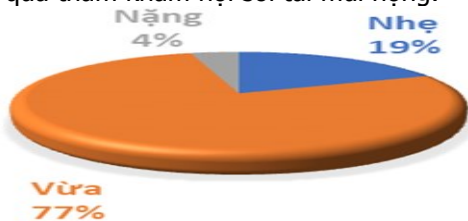
Gần nửa số bệnh nhân có bệnh lý tăng huyết áp và các bệnh lý tim mạch khác. Có khoảng 18,75% bệnh nhân có tiền sử chảy máu mũi trong nhiều tháng và 1 năm trước đó.

3.1.3. Đặc điểm chảy máu mũi qua đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng

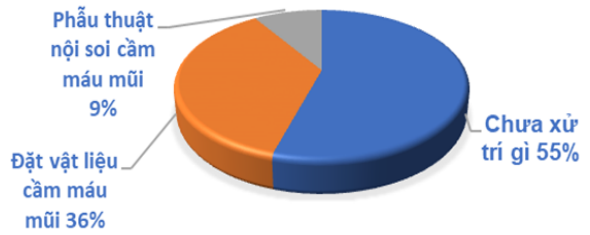
Bảng 3: Vị trí chảy máu mũi qua đánh giá lâm sàng, nội soi tại mũi họng

Vị trí chảy máu mũi		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Một bên	Bên phải	17	97,9%
	Bên trái	30	
Hai bên		01	2,1%
Khám nội soi tại mũi họng			
Tìm thấy điểm chảy máu		26	54,2%
Không tìm thấy điểm chảy máu		22	45,8%
Tổng số		48	100%

Khi đánh giá qua thăm khám lâm sàng và nội soi, hầu hết bệnh nhân chảy máu mũi 1 bên trong đó bên trái gặp nhiều hơn bên phải. Rất ít bệnh nhân có biểu hiện chảy máu ở cả 2 bên. Có đến 45,8% bệnh nhân không tìm thấy điểm chảy máu qua thăm khám nội soi tại mũi họng.



Hình 1: Mức độ chảy máu mũi qua đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng



Hình 2: Phương pháp xử trí chảy máu mũi ban đầu

Đánh giá dựa trên lượng máu mất, ảnh hưởng đến toàn trạng (mạch, huyết áp) và xét nghiệm công thức máu cho thấy đa số bệnh nhân chảy máu mũi mức độ vừa chiếm tỷ lệ 77%, chỉ có 4% chảy máu mũi mức độ nặng cần phải tiến hành can thiệp phẫu thuật sớm và truyền máu.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đa số chưa được xử trí gì, có 36% bệnh nhân đã được đặt vật liệu cầm máu mũi và 9% được phẫu thuật nội soi cầm máu mũi tại các cơ sở y tế và bệnh viện tuyến dưới.

3.2. Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi: vị trí, tần suất và hình thái lâm sàng của các điểm chảy máu mũi

3.2.1. Vị trí và tần suất điểm chảy máu mũi phát hiện trong phẫu thuật

Bảng 4: Vị trí và tần suất điểm chảy máu mũi phát hiện trong phẫu thuật

Vị trí điểm chảy máu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Điểm chảy máu mũi trước	12	25%
Phần trước vách ngăn	8	16,7%
Phần cao vách ngăn	3	6,2%
Phần cao vách mũi xoang xung quanh chân bám cuốn mũi giữa	1	2,1%
Điểm chảy máu mũi sau	30	62,5%
Phần dưới, phần sau vách ngăn	3	6,2%
Cửa mũi sau, ngách bướm sàng	2	4,2%
Mặt trong cuốn mũi giữa	0	0
Mặt ngoài cuốn mũi giữa	5	10,4%
Thành ngoài khe giữa	2	4,2%
Mặt trong cuốn dưới	0	0
Mặt ngoài cuốn dưới	8	16,7%
Thành ngoài khe dưới	10	20,8%
Vị trí khác	2	4,2%
Nhiều điểm giãn mạch, chảy máu	2	4,2%
Không tìm thấy điểm chảy máu	2	4,2%
Tổng số	48	100%

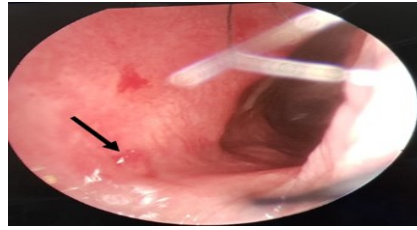
Đa số các trường hợp điểm chảy máu phát hiện qua phẫu thuật nội soi là điểm chảy máu mũi sau với tần suất hay gặp nhất là ở mặt ngoài cuốn dưới và thành ngoài khe dưới thuộc nhánh cấp máu của động mạch bướm khẩu cái. Đối với điểm chảy máu mũi trước hay gặp nhất là phần trước vách ngăn điểm mạch Kiesselbach, ngoài ra có thể gặp ở phần cao vách ngăn và phần cao vách mũi xoang xung quanh chân bám cuốn giữa tương ứng với nhánh cấp máu của động mạch sàng trước.

Bệnh nhân có nhiều điểm giãn mạch, chảy máu là 2 bệnh nhân mắc hội chứng giãn mạch xuất huyết di truyền (Hội chứng Osler – Weber – Rendu). Có 2 bệnh nhân không tìm thấy điểm chảy, do tính chất chảy máu tái phát nhiều lần nên bệnh nhân được thắt động mạch bướm khẩu cái. Vị trí khác có thể gặp là niêm mạc mũi ở ngách bướm sàng, mặt dưới của cuốn mũi dưới và phần đuôi cuốn dưới

3.2.2. Hình thái lâm sàng của các điểm chảy máu mũi trong phẫu thuật. Điểm chảy máu có đặc điểm là những điểm nổi gồ trên niêm mạc mũi, có thể phun máu hoặc đập theo nhịp mạch, tương ứng với các nhánh của động mạch cấp máu cho niêm mạc mũi. Những vị trí chảy máu lan rộng hoặc rỉ rả do xây xước hoặc rách niêm mạc mũi do quá trình thăm khám hoặc đặt vật liệu cầm máu mũi không được coi là điểm chảy máu.

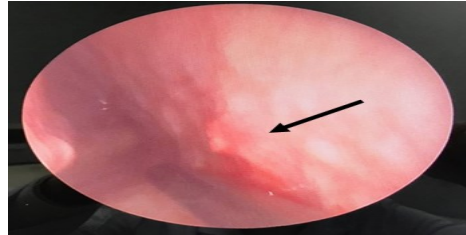
Trong 48 bệnh nhân có 44 bệnh nhân có 1 điểm chảy máu mũi phát hiện rõ ràng trên phẫu thuật nội soi cầm máu mũi, 2 bệnh nhân có nhiều điểm giãn mạch chảy máu là 2 bệnh nhân được chẩn đoán giãn mạch xuất huyết di truyền (Hội chứng Osler – Weber – Rendu), 2 bệnh nhân không tìm được điểm chảy máu do tính chất chảy máu tái phát nhiều lần và mức độ nặng nên được phẫu thuật nội soi thắt động mạch bướm khẩu cái.

Dưới đây là một số hình ảnh của điểm chảy máu mũi trong phẫu thuật nội soi cầm máu mũi



BN Bùi Đức Tr. 46t

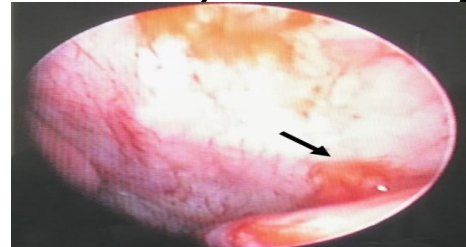
Điểm chảy máu phần giữa vách ngăn sát sàn mũi trái



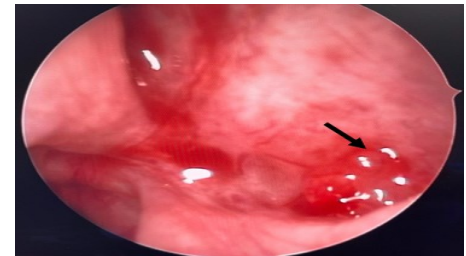
BN Đặng Thị Nh. 69t

Điểm chảy máu phần sau vách ngăn mũi phải

Hình 3: Điểm chảy máu mũi ở vách ngăn

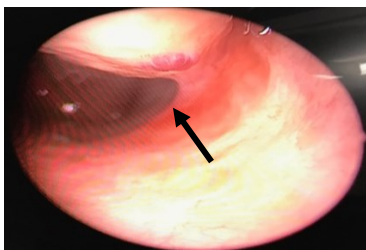


BN Đỗ Văn H. 53t



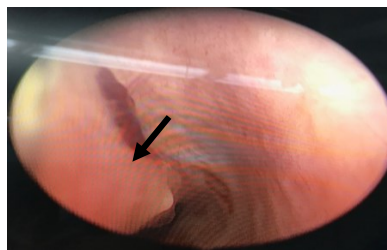
BN Ngô Văn T. 39t

Hình 4: Điểm chảy máu ở thành ngoài khe giữa bên trái



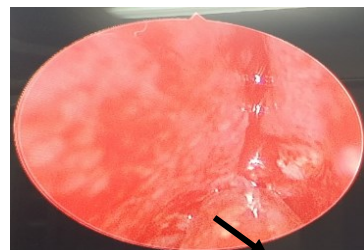
BN Nguyễn Thị Ng. 68t

Điểm chảy máu ở đuôi cuốn dưới bên trái



BN Trần Quốc Kh. 20t

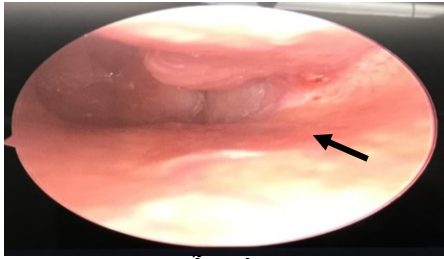
Điểm chảy máu mặt ngoài cuốn dưới bên trái



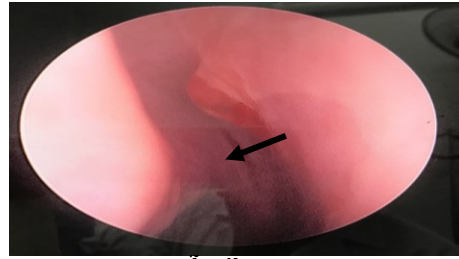
BN Nguyễn Hữu S. 24t

Điểm chảy máu ở mặt ngoài cuốn dưới bên phải

Hình 5: Điểm chảy máu ở mặt ngoài và đuôi cuốn dưới

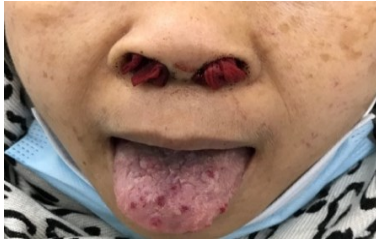


BN Nguyễn Đình Đ. 48t

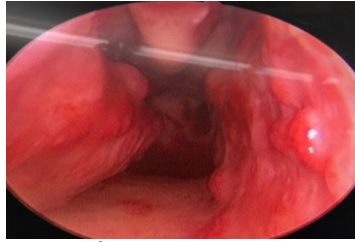


BN Đỗ Hồng Q. 56

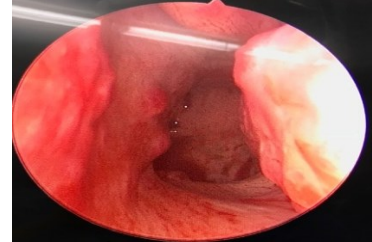
Hình 6: Điểm chảy máu ở thành ngoài khe dưới bên trái



Điểm giãn mạch ở lưỡi



Nhiều điểm giãn mạch chảy máu ở hốc mũi phải



Nhiều điểm giãn mạch chảy máu ở hốc mũi phải

Bùi Thị Th. 51t

Hình 7: Bệnh nhân giãn mạch xuất huyết di truyền (HC Osler – Weber – Rendu)

3.3. Đánh giá kết quả điều trị. Ngoài phẫu thuật điều trị nội soi cầm máu mũi bệnh nhân được tư vấn, khám chuyên khoa để điều trị các bệnh lý toàn thân kèm theo đặc biệt là kiểm soát bệnh lý tăng huyết áp và các bệnh lý tim mạch khác

Bệnh nhân được theo dõi và khám lại sau phẫu thuật 1 tháng, 6 tháng, 1 năm và 2 năm. Trong 48 bệnh nhân có 2 bệnh nhân tử vong trong 1 năm đầu do bệnh lý mạch máu não và tim mạch, 2 bệnh nhân chảy máu mũi tái phát nhiều đợt là 2 bệnh nhân được chẩn đoán giãn mao mạch xuất huyết di truyền (Hội chứng Osler – Weber – Rendu), 44 bệnh nhân còn lại không có bệnh nhân nào chảy máu mũi tái phát sau 2 năm theo dõi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhân chảy máu mũi vô căn

4.1.1. Phân bố theo tuổi và giới của bệnh nhân. Tuổi mắc bệnh trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $49,38 \pm 13,97$ tuổi, tuổi thấp nhất là 20, cao nhất là 70. Tỷ lệ mắc bệnh > 40 tuổi là 72,92%. Đa số chảy máu mũi nguyên phát gặp ở lứa tuổi trung niên và gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/ nữ là 2,43/1. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới như độ tuổi trung bình của bệnh nhân được điều trị chảy máu mũi tại khoa cấp cứu tai mũi họng là 53,4 tuổi và 52,7% là nam giới [5]. Hay trong nghiên cứu của Clarice, tuổi

mắc bệnh trung bình là $54,3 \pm 15,3$ tuổi và gặp nhiều hơn ở nam giới với tỷ lệ 62,7% [4].

4.1.2. Tiền sử tăng huyết áp và chảy máu mũi trước đó.

Khi khai thác tiền sử của bệnh nhân cho thấy chỉ có khoảng 18,75% bệnh nhân có tiền sử có những đợt chảy máu mũi trước đó. Có tới gần nửa số bệnh nhân có bệnh lý tăng huyết áp và tim mạch, các bệnh lý kèm theo có thể kể đến như các bệnh lý toàn thân suy thận mạn tính, bệnh phổi mạn tính... Theo Clarice, 50% bệnh nhân chảy máu mũi cần can thiệp có tiền sử tăng huyết áp trong đó 15,1% có bệnh lý tim mạch đang sử dụng aspirin hoặc thuốc chống ngưng tập tiểu cầu [4]. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống cho thấy mối tương quan giữa tăng huyết áp và chảy máu mũi với tỷ suất chênh OR 1,532 và 95% CI 1,181 – 1,986, tuy nhiên hiện chưa có nghiên cứu chứng minh được mối quan hệ nhân quả giữa tăng huyết áp và chảy máu mũi [5].

4.1.3. Đặc điểm chảy máu mũi qua đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng.

Dựa vào bảng số liệu cho thấy phần lớn bệnh nhân là chảy máu mũi một bên chiếm tỷ lệ 97,9%, chỉ có 1 trường hợp chảy máu mũi 2 bên. Theo nghiên cứu của Clarice trên tạp chí Rhinology, đa số trường hợp là chảy máu mũi một bên và chảy máu mũi trái gặp tỷ lệ 56,6% nhiều hơn chảy máu mũi phải [4].

Khi thăm khám nội soi tai mũi họng chỉ có khoảng 54,2% tìm thấy điểm chảy máu. Điều này có thể được giải thích là do với bệnh nhân

chảy máu mũi niêm mạc mũi có thể phù nề, sung huyết, khe sàn mũi đọng nhiều máu đông, máu cục, có những bệnh nhân đã được can thiệp thủ thuật cầm máu mũi tại các bệnh viện tuyến dưới nên việc thăm khám lâm sàng gặp nhiều khó khăn, khó xác định điểm chảy máu. Vì vậy để xác định được điểm chảy máu mũi cần đặt thuốc co mạch, gây tê ở mũi, và thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, những trường hợp khó bệnh nhân chảy máu nhiều cần cho bệnh nhân vào phòng mổ để thực hiện phẫu thuật nội soi dưới gây mê hoặc gây tê để xác định được chính xác điểm chảy máu.

Dựa vào khai thác lâm sàng số lượng máu chảy, tình trạng toàn thân mạch, huyết áp và công thức máu để đánh giá mức độ chảy máu mũi. Trong nghiên cứu này, đa số BN chảy máu mức độ vừa chiếm tỷ lệ 77%, 19% mức độ chỉ có 4% bệnh nhân chảy máu mức độ nặng. Mức độ chảy máu mũi là một trong những yếu tố dự đoán vị trí chảy máu, đa số trường hợp chảy máu mũi trước do các nhánh nhỏ động mạch cấp máu vùng mũi thì mức độ chảy máu nhẹ hoặc vừa. Chảy máu mũi sau, nhánh cấp máu lớn và chủ yếu của mũi thường dẫn đến chảy máu mũi vừa hoặc nặng.

4.2. Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi: vị trí, tần suất và hình thái lâm sàng của các điểm chảy máu mũi

4.2.1. Vị trí và tần suất điểm chảy máu mũi phát hiện trong phẫu thuật. Một số nghiên cứu đã đề cập đến phẫu thuật nội soi cầm máu mũi, trong đó có nhấn mạnh đến kỹ thuật nội soi hệ thống toàn bộ hốc mũi với nguyên tắc: sử dụng ống nội soi cứng 0° hoặc 30°, chú ý không làm giảm cung cấp máu trong gây mê toàn thân, và kiểm tra một cách hệ thống toàn bộ niêm mạc hốc mũi để tìm vị trí chảy máu [4]

Nội soi mũi vô cùng quan trọng trong chẩn đoán và điều trị chảy máu mũi nặng. Tuy nhiên có 6 – 24% trường hợp không xác định được điểm chảy máu [4]. Trong phẫu thuật nội soi tìm điểm chảy máu mũi cần thực hiện một cách hệ thống, đánh giá toàn bộ các khu vực của hốc mũi, theo một trình tự nhất định từ trên xuống dưới, từ trước ra sau. Nội soi bằng ống cứng thường bắt đầu từ phần cao của hốc mũi các vị trí đáng chú ý là phần cao vách ngăn và xung quanh chân bám cuốn giữa cho đến tận trần hốc mũi và cuốn mũi trên. Bước tiếp theo là tiếp cận đến toàn bộ cuốn mũi giữa, phần giữa và dưới vách ngăn cho đến cửa mũi sau. Tiếp đến có thể dùng que thăm bông nhẹ nhàng đẩy cuốn giữa

vào trong để kiểm tra toàn bộ mặt ngoài cuốn giữa, thành ngoài của khe giữa và đuôi cuốn giữa. Cuối cùng, bề nhẹ nhàng cuốn mũi dưới vào trong để quan sát toàn bộ khe dưới gồm mặt ngoài cuốn mũi dưới và thành ngoài nghe dưới. Khi đã tìm được điểm chảy máu cần tiến hành cầm máu bằng đông điện đơn cực (ống hút đông điện) hoặc đông điện lưỡng cực [4].

Như vậy đánh giá trên phương diện phẫu thuật các điểm chảy máu sẽ được chia làm 2 nhóm: điểm chảy máu mũi trước và điểm chảy máu mũi sau. Điểm chảy máu mũi trước gồm phần cao vách ngăn, trần hốc mũi, phần cao vách mũi xoang. Điểm chảy máu mũi sau: phần thấp vách ngăn, cửa mũi sau, cuốn mũi giữa, mặt ngoài cuốn giữa, thành ngoài khe giữa, mặt trong mặt ngoài cuốn mũi dưới, thành ngoài khe dưới [4]. Trong nghiên cứu này phần lớn các trường hợp là các điểm chảy máu mũi sau với tỷ lệ 62,5% và các điểm hay gặp nhất là mặt ngoài cuốn giữa, mặt ngoài cuốn dưới và thành ngoài khe dưới. Điểm chảy máu mũi trước chiếm tỷ lệ 25% với 3 vị trí hay gặp là phần trước vách ngăn, phần cao vách ngăn và vách mũi xoang tương ứng với nhánh cấp máu của động mạch sàng trước.

4.2.2. Hình thái lâm sàng của các điểm chảy máu mũi trong phẫu thuật. Điểm chảy máu phát hiện trong phẫu thuật nội soi cầm máu mũi là những điểm có màu đỏ, thường nổi gờ lên khỏi bề mặt niêm mạc mũi, có thể phun máu hoặc đập theo nhịp mạch. Khi xác định được chính xác điểm chảy máu sẽ cầm máu bằng đông điện. Những vị trí chảy máu lan rộng hoặc rỉ rả do xây xước hoặc rách niêm mạc mũi do quá trình thăm khám hoặc đặt vật liệu cầm máu mũi không được coi là điểm chảy máu [4].

Phát hiện chính xác điểm chảy máu mũi là một trong những yếu tố quan trọng quyết định thành công của phẫu thuật, nếu xác định không chính xác hoặc bỏ sót điểm chảy máu có thể dẫn đến chảy máu tái phát. Cần phân biệt với những vị trí chảy máu do xây xước niêm mạc do dụng cụ phẫu thuật hoặc thủ thuật cầm máu mũi trước đó và không đông điện tại những vị trí này tránh tạo vảy trong hốc mũi và chảy mũi kéo dài sau phẫu thuật.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị. Nghiên cứu cho thấy 91,7% bệnh nhân sau phẫu thuật không chảy máu mũi tái phát trong quá trình theo dõi 2 năm. Các nghiên cứu khác cho thấy phẫu thuật nội soi cầm máu mũi có hiệu quả cao, tỷ lệ tái phát thấp như nghiên cứu của Clarice tỷ lệ tái phát là 3,8% [4]. Phẫu thuật nội

soi cầm máu mũi bằng đông điện có hiệu quả cao hơn nhiều so với các phương pháp cầm máu khác như đặt vật liệu cầm máu [5].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi giúp đánh giá chính xác vị trí các điểm chảy máu mũi tương ứng với các nhánh cấp máu của động mạch mũi. Nghiên cứu đã đưa ra những vị trí, tần suất và hình thái của các điểm chảy máu mũi trong phẫu thuật. Kết quả cho thấy phẫu thuật nội soi cầm máu mũi có hiệu quả cầm máu cao, giảm tỷ lệ tái phát chảy máu mũi cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Meccariello, G., et al., Management of

- idiopathic epistaxis in adults: what's new? Acta Otorhinolaryngol Ital, 2019. 39(4): p. 211-219.
2. Kumar, M.V.V., et al., Rigid nasal endoscopy in the diagnosis and treatment of epistaxis. J Clin Diagn Res, 2013. 7(5): p. 831-3.
3. Liu, Y., et al., Management of intractable epistaxis: endoscopy or nasal packing? J Laryngol Otol, 2012. 126(5): p. 482-6.
4. Loures, C.N., et al., Systematic endoscopic assessment of bleeding sites in severe epistaxis: the role of the S-point and the superior epistaxis. Rhinology, 2020. 58(5): p. 477-481.
5. Tunkel, D.E., et al., Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis). Otolaryngol Head Neck Surg, 2020. 162(1_suppl): p. S1-S38.
6. Kasle, D.A., K. Fujita, and R.P. Manes, Review of Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis). JAMA Surg, 2021. 156(10): p. 974-975.

ĐẶC ĐIỂM CỦA HỘI CHỨNG CHỒNG LẤP TRONG XƠ CỨNG BÌ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Châu Tuấn¹, Cao Thanh Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng chồng lấp là một thuật ngữ dùng để định nghĩa tình trạng người bệnh có các đặc điểm thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán của ít nhất hai loại bệnh lý mô liên kết. Hội chứng chồng lấp trong xơ cứng bì có những đặc điểm lâm sàng khác biệt so với xơ cứng bì đơn thuần và có thể ảnh hưởng đến diễn tiến bệnh, tiên lượng, điều trị và kết cục của người bệnh. Hiện tại, dữ liệu về bệnh lý này vẫn còn hạn chế nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả với 83 bệnh nhân xơ cứng bì đến khám tại phòng khám Nội cơ xương khớp – Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023. Người bệnh thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán xơ cứng bì và các bệnh lý mô liên kết theo ACR/EULAR được ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. **Kết quả:** 18/83 bệnh nhân xơ cứng bì có hội chứng chồng lấp. Trong đó, bệnh lý chồng lấp thường gặp nhất là lupus ban đỏ hệ thống và viêm khớp dạng thấp. Tuổi trung bình trong nhóm hội chứng chồng lấp thấp hơn nhóm xơ cứng bì. Viêm khớp là triệu chứng đặc trưng, thường gặp hơn ở hội chứng chồng lấp, chiếm 77.78%. Hiện tượng Raynaud ít gặp hơn trong hội chứng chồng lấp. Số lượng bạch cầu thấp hơn và thường gặp tự kháng thể anti Ro52 là những đặc điểm trên cận lâm sàng của hội chứng chồng lấp. **Kết luận:** Hội chứng chồng lấp có thể gặp ở 21.68% bệnh nhân

xơ cứng bì. Bệnh lý chồng lấp thường gặp nhất là lupus ban đỏ hệ thống và viêm khớp dạng thấp. Tuổi trẻ, viêm khớp, ít gặp hiện tượng Raynaud, bạch cầu thấp và tự kháng thể anti Ro-52 là những đặc điểm có thể gặp trong hội chứng chồng lấp.

Từ khóa: Hội chứng chồng lấp, xơ cứng bì

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF OVERLAP SYNDROME IN SYSTEMIC SCLEROSIS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HCMC

Introduction: Overlap syndrome is a condition in which a patient has features that meet the diagnostic criteria for at least two connective tissue diseases. Overlap syndrome in systemic sclerosis has different characteristics, which can affect the disease progression, prognosis, treatment and outcome of the patient. Data on this disease is still limited, so we conducted this study. **Material and methods:** A cross-sectional, descriptive study with 83 SSc patients visited the Rheumatology Clinic – University Medical Center HCMC from January 2023 to September 2023. Patients who met the diagnostic criteria for SSc and other connective tissue diseases according to ACR/EULAR had their clinical and subclinical characteristics recorded. **Results:** 18/83 SSc patients had overlap syndrome. The most common overlap diseases are systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. The mean age in the overlap syndrome group was lower than the SSc group. Arthritis is a typical symptom more common in the overlap syndrome group (77.78%). Raynaud's phenomenon is less common in overlap syndrome. Lower white blood cell counts and frequent anti-Ro52 autoantibodies are laboratory features of the overlap syndrome. **Conclusions:** Overlap syndrome can be seen in 21.68% of scleroderma patients. The most

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Trường Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thanh Ngọc

Email: caothanhngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 4.01.2024