

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ 109 BỆNH NHÂN CHẢY MÁU MŨI, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110, TỪ THÁNG 01/2021 ĐẾN 12/2022

Thân Thế Dũng<sup>1\*</sup>, Thân Văn Thương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị chảy máu mũi tại Bệnh viện Quân y 110.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 109 bệnh nhân chảy máu mũi, vào điều trị tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 1/2021 đến 12/2022.

**Kết quả:** Hay gặp chảy máu mũi ở bệnh nhân nam giới (87,2%), từ 40 tuổi trở lên (51,4%), vào thời điểm mùa Đông - Xuân (67,9%), trên người có bệnh lý nền tăng huyết áp (74,3%) và chảy máu mũi mức độ nhẹ (75,2%). Với các bệnh nhân chảy máu mũi mức độ nhẹ, xử trí chủ yếu là tiêm cầm máu và nhét merocell mũi. Với các bệnh nhân chảy máu mũi mức độ nặng hoặc chảy máu mũi dai dẳng, tái phát nhiều lần, cần điều trị bằng nội soi đông điện cầm máu khi các kỹ thuật khác thất bại. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật tiêm thuốc cầm máu là 15/109 bệnh nhân (13,8%), nhét merocell mũi là 52/94 bệnh nhân (55,3%) và nội soi đông điện là 41/42 bệnh nhân (97,6%); thời gian nằm viện trung bình là 6,8 ngày.

**Từ khóa:** Chảy máu mũi, cầm máu, nội soi đông điện.

## ABSTRACT

**Objective:** Study the clinical characteristics and treatment results of nosebleeds at the Military Hospital 110.

**Subjects and methods:** A prospective study and cross-sectional description of 109 patients with nosebleeds treated at the Military Hospital 110 from January 2021 to December 2022.

**Results:** Nosebleeds were more common in male patients (87.2%), aged 40 and over (51.4%), during the winter-spring season (67.9%), and in individuals with underlying hypertension (74.3%), and nosebleeds were mild (75.2%). For patients with mild nosebleeds, the main treatment is hemostatic injections and nasal merocell inserts. For patients with severe nosebleeds or persistent, recurring nosebleeds, required treatment with endoscopic electrocoagulation is needed when other techniques failed. The success rate of hemostatic drug injection was 15/109 patients (13.8%), merocell nasal insertion was 52/94 patients (55.3%), and endoscopic electrocoagulation was 41/42 patients. (97.6%); the average hospital stay was 6.8 days.

**Keywords:** Nosebleeds, hemostasis, endoscopic electrocoagulation.

Chịu trách nhiệm nội dung: Thân Thế Dũng, Email: dr.dunghmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2023; mời phản biện khoa học: 7/2023; chấp nhận đăng: 24/8/2023.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 110

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi (CMM) là triệu chứng gặp trong nhiều bệnh lý, với biểu hiện máu chảy ra cửa mũi trước hoặc xuống họng qua cửa mũi sau. Đây cũng là một cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành tai mũi họng, cần được xử trí cầm máu trước khi làm rõ nguyên nhân để tránh choáng mất máu, trụy mạch, có thể gây tử vong.

Ở Hoa Kỳ, ước tính khoảng 60% dân số có CMM ít nhất 1 lần trong suốt cuộc đời với mức độ trầm trọng tùy thuộc vị trí và nguyên nhân CMM;

trong số đó, có 6% cần phải can thiệp y khoa [1]. Ở Việt Nam, CCM cũng được nhiều nghiên cứu đề cập và chỉ ra khoảng 70% số bệnh nhân (BN) CMM là vô căn [2]. Là một cấp cứu nên BN CMM cần được chẩn đoán sớm, tiên lượng nhanh, xử trí kịp thời, giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục, hạn chế các biến chứng.

Tại Bệnh viện Quân y 110, CMM là cấp cứu hay gặp, song cho tới nay, đơn vị còn chưa có nghiên cứu nào đầy đủ, hệ thống. Góp phần nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm

đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị CMM tại Bệnh viện Quân y 110.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

109 BN chẩn đoán CMM, vào điều trị tại Bệnh viện Quân y 110 từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2022. Lựa chọn các BN  $\geq 6$  tuổi, không phân biệt giới tính, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Loại trừ các BN CMM do chấn thương, bệnh lý ác tính hoặc sau phẫu thuật, thủ thuật chuyên khoa.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Phương pháp tiến hành: lựa chọn BN vào nghiên cứu và ghi nhận các đặc điểm dịch tễ (tuổi đời, giới tính, thời điểm bị bệnh, bệnh lý liên quan), triệu chứng lâm sàng chính (vị trí, mức độ CMM), kỹ thuật điều trị và kết quả.

- Đánh giá mức độ chảy máu mũi theo Phạm Trần Anh [2]:

+ CMM mức độ nhẹ: số lượng máu chảy ít, kiểu chảy nhỏ giọt, có xu hướng tự cầm, thường là chảy máu ở điểm mạch.

+ CMM mức độ vừa: máu chảy thành dòng đỏ tươi, tràn ra mũi trước hay xuống họng, có xu hướng kéo dài; thể trạng toàn thân ít ảnh hưởng.

+ CMM mức độ nặng: thường do vỡ mạch máu lớn, mức độ mất máu nhiều, máu chảy kéo dài, tái diễn nhiều lần; toàn trạng ảnh hưởng rõ (mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, mặt tái nhợt).

- Xử lý số liệu: theo thuật toán thống kê y học.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: BN đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân BN được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu

- Tuổi đời và giới tính:

#### Bảng 1. Tuổi và giới tính

Tuổi đời	Giới tính		Cộng
	Nam	Nữ	
Từ 6-15	9 (8,3%)	2 (1,8%)	11 (10,1%)
Từ 16-39	37 (33,9%)	5 (4,6%)	42 (38,5%)
$\geq 40$ tuổi	49 (45,0%)	7 (6,4%)	56 (51,4%)
Cộng	95 (87,2%)	14 (12,8%)	109 (100%)

BN  $\geq 40$  tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (51,4%), cho thấy khi tuổi càng lớn thì càng có nhiều yếu tố

nguy cơ CMM, đặc biệt là các bệnh lý ảnh hưởng tới sức bền thành mạch cũng như tăng áp lực lên thành mạch. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Tài (BN CMM  $\geq 40$  tuổi chiếm tỉ lệ 49,1% [3]). Tỉ lệ BN CMM là nam giới (87,2%) cao hơn nữ giới (12,8%), tỉ lệ BN nam/nữ = 6,8/1; phù hợp với nghiên cứu của Nghiêm Đức Thuận (86,36% BN nam giới và 13,64% BN nữ giới [4]).

- Thời điểm mắc bệnh trong năm:

+ Mùa Xuân (từ tháng 3-5): 45 BN (41,3%).

+ Mùa Hạ (từ tháng 6-8): 14 BN (12,8%).

+ Mùa Thu (từ tháng 9-11): 21 BN (19,3%).

+ Mùa Đông (từ tháng 12-02): 29 BN (26,6%).

Số BN CMM vào viện nhiều nhất vào mùa Xuân (41,3%) và mùa Đông (26,6%); hai mùa Đông-Xuân chiếm 67,9%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Bích Đào (65% BN CMM vào viện mùa Đông-Xuân [5]). Có thể do những yếu tố bất lợi của thời tiết, khí hậu, thời điểm này dễ gây các bệnh lý viêm đường hô hấp trên, làm xung huyết niêm mạc vùng mũi và gây CMM, đặc biệt ở các tỉnh miền Bắc nước ta.

- Các bệnh lý nội khoa liên quan trên BN:

+ Tăng huyết áp: 81 BN (74,3%).

+ Viêm gan mạn: 2 BN (1,8%).

+ U hốc mũi: 3 BN (2,8%).

+ Vô căn: 23 BN (21,1%).

Chúng tôi ghi nhận đa số các trường hợp CMM có bệnh nền tăng huyết áp (74,3%). Tỉ lệ này trong nghiên cứu của Phan Xuân Hoa là 33,3% [6]. Sự khác biệt này là do Phan Xuân Hoa khảo sát tất cả các BN CMM đến viện khám và điều trị (bao gồm cả BN chấn thương...). Tuy nhiên, tác giả này vẫn ghi nhận CMM do tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao chỉ sau nguyên nhân do chấn thương. Ở BN có bệnh lý nền tăng huyết áp, áp lực lên thành mạch tăng liên tục và kéo dài làm suy giảm tính bền thành mạch nên càng tăng nguy cơ vỡ mạch, gây CMM.

### 3.2. Một số đặc điểm lâm sàng BN CMM

- Bên mũi chảy máu:

+ Chảy máu 1 bên mũi: 71 BN (65,1%).

+ Chảy máu cả 2 bên: 38 BN (34,9%).

Trong nghiên cứu này, CMM một bên chiếm tỉ lệ 65,1%; phù hợp với nghiên cứu của Nghiêm Đức Thuận (CMM một bên chiếm 61,36% [4]).

- Vị trí CMM:

+ Niêm mạc vách ngăn: 40 BN (36,7%).

+ Niêm mạc cuốn mũi: 36 BN (33,0%).

+ Điểm động mạch bướm khẩu cái: 2 BN (1,8%).

*Tap chí Y HỌC QUÂN SỰ, SỐ 366 (9-10/2023)*

- + Chảy máu nhiều vị trí: 19 BN (17,5%).
- + Không xác định: 12 BN (11,0%).

CMM khu trú chiếm tỉ lệ cao nhất (71,5%), phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng (75% [7]). Tỉ lệ BN không xác định được vị trí chảy máu chiếm 11,0%, cao hơn không đáng kể so với nghiên cứu của Phạm Thị Bích Đào (7,9% [5]). Các trường hợp này thường do bất thường về giải phẫu hốc mũi hoặc do CMM nhiều. Điều đó cho thấy nội soi tai mũi họng không chỉ là phương pháp thăm khám trực tiếp phát hiện bệnh lí, mà còn giúp xác định chính xác vị trí, tính chất, mức độ CMM để định hướng xử trí hiệu quả nhất.

- Mức độ CMM:

- + CMM mức độ nhẹ: 82 BN (75,2%).
- + CMM mức độ vừa: 26 BN (23,9%).
- + CMM mức độ nặng: 1 BN (0,9%).

Phần lớn BN CMM mức độ nhẹ (75,2%) và mức độ vừa (23,9%). Điều này chứng tỏ CMM thường ít gặp mức độ nặng. Có thể do đời sống kinh tế và nhận thức người dân ngày càng cao nên khi bị CMM, người bệnh quan tâm, lo lắng và đi khám sớm để chữa trị kịp thời. Một phần do mạng lưới y tế cơ sở tốt, trình độ y học phát triển, nên ít khi gặp các trường hợp CMM gây nguy hiểm tới tính mạng BN. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nghiêm Đức Thuận (mức độ mất máu nhẹ chiếm 79,25% BN [4]).

### 3.3. Kết quả điều trị

- Kết quả điều trị theo kĩ thuật can thiệp:

- + Tiêm thuốc cầm máu (n = 109): 15 BN (13,8%) thành công và 94 BN (86,2%) thất bại.
- + Nhét merocell mũi (n = 94): 52 BN (55,3%) thành công và 42 BN (44,7%) thất bại.
- + Nội soi đông điện (n = 42): 41 BN (97,6%) thành công và 1 BN (2,4%) thất bại.

109 BN CMM vào viện đều được can thiệp tiêm thuốc cầm máu, song, tỉ lệ thành công ở mức thấp (13,8%). Kĩ thuật nhét merocell mũi được thực hiện cho 94 BN thất bại sau tiêm thuốc cầm máu và thành công ở 52/94 BN (55,3%). 42 BN sau nhét merocell mũi thất bại tiếp tục được can thiệp nội soi đông điện cầm máu. Đây hầu hết là các trường hợp CMM dai dẳng khó cầm hoặc CMM nặng. Tỉ lệ thành công của nội soi đông điện trong nghiên cứu này (97,6%) tương đồng với kết quả điều trị của Nguyễn Quốc Dũng [7].

- Thời gian BN nằm viện:

- + Từ 1-3 ngày: 19 BN (17,4%).
- + Từ 4-8 ngày: 83 BN (76,1%).

- + Từ 9-11 ngày: 7 BN (6,5%).

Thời gian nằm viện của BN đa số dưới 9 ngày (93,5%), cao hơn tỉ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Tài (62,87% [3]). BN nằm viện từ 9-11 ngày chiếm tỉ lệ ít (6,5%) cho thấy CMM thường không diễn biến phức tạp, có thể xử trí đạt kết quả tốt ngay từ đầu.

### 4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 109 BN CMM, điều trị tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2021 đến 12/2022, chúng tôi rút ra kết luận:

- Về đặc điểm lâm sàng: hay gặp CMM ở BN nam giới (87,2%), từ 40 tuổi trở lên (51,4%), vào thời điểm mùa Đông - Xuân (67,9%), trên người có bệnh lí nền tăng huyết áp (74,3%) và CMM mức độ nhẹ (75,2%).

- Về đặc điểm và kết quả điều trị: 100% BN CMM vào viện đều được tiêm cầm máu và nếu thất bại sẽ tiếp tục được nhét merocell mũi. Kĩ thuật nội soi đông điện cầm máu được tiến hành khi các kĩ thuật khác thất bại. Kết quả: tỉ lệ thành công của kĩ thuật tiêm thuốc cầm máu là 15/109 BN (13,8%), nhét merocell mũi là 52/94 BN (55,3%), nội soi đông điện là 41/42 BN (97,6%). Thời gian nằm viện trung bình của BN là 6,8 ngày.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tan L.K.S, Calhoun K.H (1979), "Epistaxis", *Medical Clinics of North America*, 1979; 83(1): 43-56.
2. Bộ Y tế (2010), *Tai mũi họng*, Nhà xuất bản Giáo dục.
3. Nguyễn Quốc Dũng và cộng sự (2013), "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và xử trí CMM tại Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Trung ương Huế", *Tạp chí Y dược học (Trường Đại học Y dược Huế)*, số 24.
4. Nguyễn Trọng Tài (2014), "Nghiên cứu hiệu quả các biện pháp can thiệp trong điều trị CMM", *Tạp chí Y học thực hành* (914), số 4/2014.
5. Nghiêm Đức Thuận (2013), "Đặc điểm lâm sàng CMM", *Tạp chí Y học thực hành* số 2, tr. 99-103.
6. Phạm Thị Bích Đào, Phạm Trần Anh (2014), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN CMM do tăng huyết áp, tại Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXVI, số 8 (181) 2016.
7. Phan Xuân Hoa và CS (2016), "Khảo sát tình hình CMM tại Bệnh viện Trưng Vương", *Tạp chí Y học TP. HCM*, tập 20, số 5/2016. □