

NGHIÊN CỨU CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ CẤP CỨU BỆNH NHÂN CHẢY MÁU MŨI DO CHẤN THƯƠNG ĐẦU MẶT CỔ

Trần Ngọc Sĩ, Đặng Thanh, Phan Văn Dung, Lê Thanh Thái
Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đề tài nhằm nghiên cứu các hình thái lâm sàng và kết quả xử trí cấp cứu bệnh nhân chảy máu mũi do chấn thương đầu mặt cổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi thu thập được 71 bệnh nhân được chẩn đoán và xử trí cấp cứu chảy máu mũi do chấn thương đầu mặt cổ tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 4/2015 – 6/2016. **Kết quả:** Thời điểm có số bệnh nhân bị chảy máu mũi nhiều nhất trong ngày là ban đêm chiếm tỷ lệ 59,2%. Chảy máu mũi hai bên (72,9%) nhiều hơn chảy máu mũi một bên. Chảy máu mũi trước 70,4%, chảy máu mũi trước và sau 18,3%, chảy mũi sau 11,3%. Chảy máu mũi mức độ nhẹ 77,5%, vừa 15,5%, nặng 7,0%. Cầm máu mũi trước chiếm 70,4%, cầm máu mũi sau chiếm 25,4%, nội soi cầm máu 1,4%, tắc mạch 1,4% và thắt mạch 1,4%. Biến chứng xử trí cầm máu mũi 8,4%, trong đó sốt 5,0%, viêm loét 1,7% và dính niêm mạc 1,7%. Kết quả xử trí cầm máu tốt chiếm 91,7%, trung bình chiếm 8,3%. Thời gian điều trị trung bình là $6,33 \pm 5,61$ ngày (1 - 36 ngày).

Từ khóa: Chảy máu mũi

Abstract

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOME OF EPISTAXIS IN HEAD AND NECK TRAUMA

Tran Ngoc Si, Dang Thanh, Phan Van Dung, Le Thanh Thai
Hue University of Medicine and Pharmacy – Hue University

Objectives: To study clinical characteristics and treatment outcome of epistaxis in head and neck trauma.

Methods: A prospective descriptive study of 71 cases of epistaxis managed at Hue Center Hospital and Hue University Hospital from April 2015 to June 2016. **Results:** Most of bleeding times were at night (59.2%). Unilateral bleeding was seen in almost 72.9% cases. Anterior nasal bleeding was noted in majority of the patients (70.4%), anterior and posterior nasal was 18.3%, posterior nasal was 11.3%. There were three stage: mild (77.5%), moderate (15.5%), severe (7%). Anterior nasal packing (70.4%) were the most common methods, Posterior nasal packing were 25.4%, Local cauterization were 1.4%, Constriction of the blood vessels were 1.4%, Embolization procedure were 1.4%. Complication rate was 8.4% include: fever (5%), pressure necrosis (1.7%), scars (1.7%). The rate of good recovery after treatment was 91.7%, partial recovery was 8.3%. The overall mean of hospital stay was $6,33 \pm 5,61$ days (range 1 to 36 days).

Key words: Epistaxis

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi là một triệu chứng cấp cứu thường gặp trong Tai Mũi Họng cần được xử trí kịp thời và đúng để tránh mất máu, choáng, đe dọa tính mạng, có mức độ và nguyên nhân khác nhau. Tần suất có ít nhất một lần chảy máu mũi trong cuộc đời chiếm khoảng 60% dân số, nhưng trong đó chỉ khoảng 6% cần chăm sóc y tế [5]. Chảy máu mũi không phải là một bệnh, mà là triệu chứng của nhiều bệnh do nhiều nguyên nhân gây nên. Bệnh nhân thường đến trong tình trạng khẩn cấp, do đó phải nhận định

nhau, xử trí cầm máu kịp thời. Tiên lượng chảy máu mũi phụ thuộc vào nguyên nhân cũng như sự phát hiện và xử trí kịp thời của nhân viên y tế. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, chảy máu mũi là một cấp cứu phổ biến, chiếm gần 10% số bệnh nhân khám và điều trị Tai Mũi Họng, trong đó nguyên nhân chấn thương chiếm 41,1% [4]. Việc xác định các hình thái chảy máu mũi trong chấn thương rất quan trọng để từ đó có cách xử trí đúng nhằm hạn chế nguy cơ tử vong cho bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm hai mục tiêu:

1. Nghiên cứu các hình thái lâm sàng bệnh nhân chảy máu mũi do chấn thương đầu mặt cổ.

2. Đánh giá kết quả xử trí cấp cứu bệnh nhân chảy máu mũi do chấn thương đầu mặt cổ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi thu thập được 71 bệnh nhân được chẩn đoán và xử trí cấp cứu chảy máu mũi (CMM) do chấn thương đầu mặt cổ tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 4/2015 – 6/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, quan sát, mô tả, có can thiệp lâm sàng.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu và cách đánh giá:

- Tuổi và giới.
- Thời điểm chảy máu mũi do chấn thương đầu mặt cổ: ban ngày, ban đêm
- Khám lâm sàng về chảy máu mũi
- + Bên chảy máu: phải, trái hay cả hai bên.
- + Xác định vị trí chảy máu mũi.
- + Đánh giá mức độ mất máu, dựa vào xét nghiệm huyết học tính tỷ lệ huyết sắc tố bệnh

nhân. Nhẹ: tỷ lệ Hemoglobine ≥ 90 g/l, vừa: $70\text{g/l} \leq$ tỷ lệ Hemoglobine $< 90\text{g/l}$, nặng: $30\text{g/l} \leq$ tỷ lệ Hemoglobine $< 70\text{g/l}$

- Xác định các thể loại chấn thương đầu mặt cổ.
- Các nguyên nhân chấn thương đầu mặt cổ.
- Kết quả xử trí cấp cứu chảy máu mũi.

2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo chương trình SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Tuổi và giới bệnh nhân

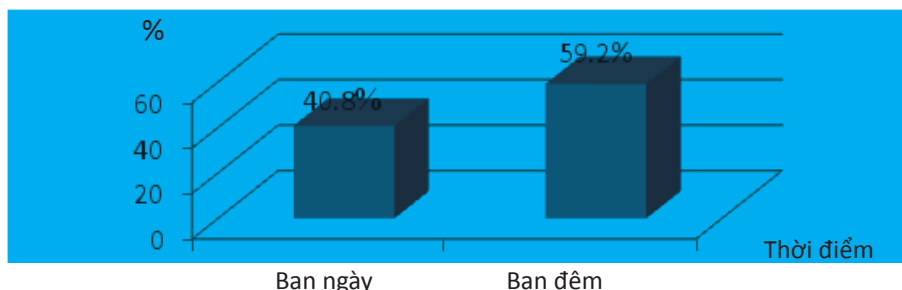
Các nhóm tuổi 16 - 30 và 31 - 45 chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 59,2% và 16,9%.

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $31,59 \pm 15,2$ (12 - 87 tuổi).

Số bệnh nhân nam chiếm (87,3%), bệnh nhân nữ chiếm (12,7%), tỷ lệ nam/nữ = 7/1.

3.1.2. Thời điểm chảy máu mũi do chấn thương đầu mặt cổ

Thời gian ban ngày chúng tôi tính từ 6 giờ sáng đến 18 giờ trong ngày. Thời gian ban đêm chúng tôi tính từ 18 giờ của ngày hôm nay đến 6 giờ sáng của ngày hôm sau.



Biểu đồ 1. Thời điểm chảy máu mũi do chấn thương đầu mặt cổ trong ngày

Thời điểm có số bệnh nhân bị CMM xảy ra chủ yếu vào ban đêm chiếm 59,2%. Còn CMM vào ban ngày chiếm 40,8%.

3.1.3. Bên chảy máu mũi

Chảy máu mũi một bên chiếm 26,8% (19/71), CMM hai bên chiếm 73,2% (52/71).

3.1.4. Vị trí chảy máu mũi

CMM trước chiếm 70,4%, CMM trước và sau chiếm 18,3%, CMM sau đơn thuần chiếm 11,3%.

3.1.5. Mức độ mất máu do chảy máu mũi

Bảng 1. Mức độ mất máu do chảy máu mũi (n = 71)

Mức độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhẹ	55	77,5
Vừa	11	15,5
Nặng	5	7,0
Tổng	71	100%

Bệnh nhân CMM mức độ nhẹ chiếm 77,5%, mức độ vừa 15,5%, mức độ nặng chiếm 7,0%.

3.1.6. Các thể loại chấn thương đầu mặt cổ

Bảng 2. Các thể loại chấn thương đầu mặt cổ (n = 71)

Các thể loại chấn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chấn thương mũi xoang	41	57,7
Chấn thương hàm mặt	30	42,3
Chấn thương sọ não	37	52,1
Đa chấn thương	23	32,4

CMM do chấn thương mũi xoang cao nhất 57,7%, thấp nhất là đa chấn thương 32,4%.

3.1.7. Các nguyên nhân gây chấn thương đầu mặt cổ

Bảng 3. Các nguyên nhân gây chấn thương đầu mặt cổ (n = 71)

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	60	84,5
Tai nạn lao động	5	7,0
Tai nạn sinh hoạt	2	2,8
Tai nạn trong thể dục, thể thao	1	1,4
Các chấn thương khác	3	4,2
Tổng	71	100%

Chủ yếu CMM do tai nạn giao thông với 60 trường hợp chiếm tỷ lệ 84,5%.

3.2. Kết quả xử trí cấp cứu bệnh nhân chảy máu mũi do chấn thương đầu mặt cổ

3.2.1. Sự phối hợp của các phương pháp xử trí

Trong số 71 bệnh nhân, xử trí tại chỗ đơn thuần chiếm 32,4% (23/71), xử trí tại chỗ phối hợp với xử trí toàn thân chiếm 67,6% (48/71).

3.2.2. Xử trí tại chỗ trong chảy máu mũi

Bảng 4. Xử trí tại chỗ trong chảy máu mũi (n = 71)

Xử trí tại chỗ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cầm máu mũi trước	50	70,4
Cầm máu mũi sau	18	25,4
Nội soi cầm máu	1	1,4
Thắt mạch	1	1,4
Tắc mạch	1	1,4
Tổng	71	100%

Bệnh nhân được cầm máu mũi trước chiếm 70,4%, cầm máu mũi sau chiếm 25,4%

3.2.3. Xử trí cấp cứu toàn thân trong chảy máu mũi

Bảng 5. Xử trí cấp cứu toàn thân trong chảy máu mũi (n = 48)

Phương pháp (n=48)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thuốc cầm máu	2	4,2
Truyền dịch	27	56,3
Truyền dịch và thuốc cầm máu	2	4,2
Truyền dịch và truyền máu	14	29,2
Thuốc cầm máu, truyền dịch và truyền máu	3	6,3
Tổng	48	100%

Trong số 48 bệnh nhân: truyền dịch 56,3%; truyền dịch và truyền máu 29,2%; thuốc cầm máu, truyền dịch, truyền máu 6,3%, thuốc cầm máu và truyền dịch 4,2%, thuốc cầm máu 4,2%.

3.2.4. Số lần xử trí cầm máu

Hầu hết bệnh nhân được xử trí thành công sau lần cầm máu thứ nhất chiếm 78,9% (56/71), có 8 bệnh nhân được xử trí cầm máu 2 lần chiếm 11,3%, 4 bệnh nhân được xử trí cầm máu 3 lần chiếm 5,6% và 3 bệnh nhân được xử trí thành công trong lần 4 chiếm 4,2%.

3.2.5. Đánh giá kết quả xử trí

Chúng tôi chỉ đánh giá kết quả xử trí cấp cứu

3.2.5.2. Kết quả cầm máu

Bảng 7. Kết quả cầm máu (n = 60)

Kết quả cầm máu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	55	91,7
Trung bình	5	8,3
Xấu	0	0,0
Tổng	60	100%

Xử trí cầm máu phần lớn là tốt chiếm 91,7% không có trường hợp có kết quả xấu.

3.2.5.3. Thời gian điều trị cấp cứu chảy máu mũi

Số ngày nằm viện của bệnh nhân chủ yếu là dưới 5 ngày chiếm tỷ lệ 63,4% (23/71). Thời gian nằm viện trung bình $6,33 \pm 5,61$ ít nhất là 1 ngày nhiều nhất là 36 ngày.

4. BÀN LUẬN

4.1. Hình thái lâm sàng bệnh nhân chảy máu mũi do chấn thương đầu mặt cổ.

4.1.1. Đặc điểm chung

4.1.1.1. Tuổi và giới bệnh nhân

CMM cao nhất ở nhóm tuổi 16 - 30 với 59,2%, tiếp đến nhóm tuổi 31 - 45 với 16,9%, tuổi bệnh nhân thấp nhất là 12 tuổi và cao nhất là 87 tuổi, tuổi trung bình là $31,59 \pm 15,2$ (tiểu mục 3.1.1). Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu Trương Minh Quý nhóm bệnh nhân CMM cao nhất là 16 - 30 chiếm 39%, nhóm tuổi 31 - 45 chiếm 21,95% [2]. Nhưng khác với kết quả các tác giả khác như: Nghiêm Đức Thuận bệnh nhân có độ tuổi 20 - 29 chiếm 25,8% [5], của Nguyễn Tư Thế: nhóm tuổi cao nhất là 21 - 30 chiếm 21% [4]. Điều này được giải thích do nhóm bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là chấn thương do tai nạn giao thông, thường gặp lứa tuổi thanh niên và độ tuổi lao động.

CMM ở nam giới cao hơn hẳn nữ giới. Nam chiếm 87,3%, nữ giới chiếm 12,7% (tỷ suất nam/nữ = 7/1). Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Nghiêm Đức Thuận nam chiếm 86,36%, nữ chiếm 13,6%, tỷ suất nam/nữ là 7/1 [5] và khác với kết quả của nhiều tác giả trong nước Nguyễn Trọng Minh

CMM ở 60 bệnh nhân. Vì có 11 bệnh nhân bị tử vong chiếm 15,5% không phải do mất máu nhiều hoặc xử trí cầm máu không thành công mà do chấn thương sọ não, chúng tôi không đánh giá những bệnh nhân này.

3.2.5.1. Biến chứng xử trí chảy máu mũi

Biến chứng sau xử trí cầm máu mũi chiếm 8,4% (5/60), trong đó biến chứng sốt 5% (3/60), viêm loét và dính niêm mạc 1,7% (1/60).

nam chiếm 94%, nữ chiếm 6%, tỷ suất nam/nữ là 15/1 [1], của Trương Minh Quý nam chiếm 80,3%, nữ chiếm 19,7%, tỷ suất nam/nữ là 4/1 [2].

4.1.1.2. Thời điểm xuất hiện CMM trong ngày do chấn thương đầu mặt cổ

Bệnh nhân bị CMM nhiều nhất trong ngày là vào ban đêm chiếm 59,2%, thấp nhất vào ban ngày chiếm 40,8% (Biểu đồ 1). Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của các tác giả như: Trương Minh Quý CMM xảy ra vào ban ngày 51%, ban đêm 49% [2]; Nghiêm Đức Thuận CMM ban ngày chiếm 77,28%, ban đêm chiếm 22,72% [5].

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng của chảy máu mũi

4.1.2.1. Bên chảy máu mũi

CMM hai bên chiếm 73,2%, một bên chiếm 26,8% (tiểu mục 3.1.3), kết quả này tương tự với kết quả của Trương Minh Quý là CMM hai bên chiếm 64,2% [2], và cao hơn kết quả của các nghiên cứu của Nguyễn Trọng Tài CMM hai bên chiếm 38,90% [3]. CMM hai bên trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn, do bệnh nhân CMM của chúng tôi là do chấn thương vùng đầu mặt cổ, một chấn thương mạnh vùng này thường gây CMM hai bên.

4.1.2.2. Vị trí chảy máu mũi

CMM trước đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất 70,4%, kể đến là CMM trước và sau 18,3%, thấp nhất là CMM sau đơn thuần 11,3% (tiểu mục 3.1.4). Kết quả chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả: Trương Minh Quý CMM trước chiếm 78,8% [2]. Trong số 71 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 bệnh nhân (4,3%) CMM tái diễn sau khi đã xử trí nên chúng tôi tiến hành nội soi để xác định vị trí xuất phát chảy máu. Kết quả có 1 bệnh

nhân (1,4%) chảy từ vị trí Kisselbach và đuôi cuốn mũi dưới, 1 bệnh nhân (1,4%) từ ngách sàng bướm, 1 bệnh nhân (1,4%) không thấy điểm chảy máu.

4.1.2.3. Mức độ mất máu do chảy máu mũi

Phần lớn bệnh nhân CMM mức độ nhẹ chiếm 77,5%, mức độ vừa chiếm 15,5%, mức độ nặng 7,0% (Bảng 1). Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương tự kết quả của Nguyễn Đức Thuận: mất máu nhẹ chiếm 79,25%, vừa chiếm 20,45% [5], Trương Minh Quý: mất máu nhẹ chiếm 70,9%, vừa chiếm 27,1% [2].

4.1.2.4. Các thể loại chấn thương đầu mặt cổ có chảy máu mũi

Các thể loại chấn thương đầu mặt cổ: Nguyên nhân chấn thương mũi xoang gặp nhiều nhất chiếm 57,7%, chấn thương hàm mặt có chiếm 42,3%, chấn thương sọ não có chiếm 52,1%, đa chấn thương thấp nhất có chiếm 32,4% (Bảng 2). Kết quả này khác với các nghiên cứu của các tác giả trong nước và ngoài nước: của Trương Minh Quý kết quả là đa chấn thương cao nhất chiếm 33,1%, chấn thương sọ não chiếm 20,5%, chấn thương mũi 4,6%, chấn thương hàm mặt 0,7% [2], và kết quả nghiên cứu Eziyi J.A.E. và cs chấn thương sọ não 27,4%, chấn thương hàm mặt 34,9%, chấn thương mũi 8,5% [8].

4.1.2.5. Các nguyên nhân gây chấn thương đầu mặt cổ

Qua Bảng 3 nguyên nhân chấn thương đầu mặt cổ có CMM thì hầu hết là do tai nạn giao thông có 60 trường hợp chiếm 84,5%, tai nạn lao động có 5 trường hợp chiếm 7,0% và tai nạn thể dục, thể thao có 1 trường hợp chiếm 1,4%. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trọng Minh: nghiên cứu 50 bệnh nhân CMM thì có 45 trường hợp do tai nạn giao thông chiếm 90%, 4 trường hợp do tai nạn lao động chiếm 8% [1]. Qua đó cho thấy hiện nay tỷ lệ tai nạn giao thông luôn luôn cao tại các địa phương trong cả nước. Vậy để giảm thiểu tai nạn giao thông thì cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các cơ quan chức năng trong công tác tuyên truyền nâng cao ý thức chấp hành pháp luật của người tham gia giao thông.

4.2. Kết quả xử trí cấp cứu chảy máu mũi

4.2.1. Sự phối hợp của các phương pháp xử trí cấp cứu chảy máu mũi

Trong số 71 bệnh nhân, xử trí tại chỗ phối hợp với toàn thân chiếm 67,6% (48/71), xử trí tại chỗ đơn thuần chiếm 32,4% (23/71). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Trương Minh Quý là xử trí tại chỗ đơn thuần chiếm 71,5%, tại chỗ phối hợp với toàn thân chiếm 28,5% [2].

4.2.2. Điều trị tại chỗ trong chảy máu mũi

Bệnh nhân được xử trí cầm máu mũi trước chiếm 70,4%, cầm máu mũi sau chiếm 25,4%, nội soi cầm máu 1,4%, thắt động mạch 1,4%, tắc mạch 1,4% (Bảng 4), các chất liệu dùng cầm máu mũi được lấy ra sau 24 đến 72 giờ, riêng trường hợp Merocel có thể để 7 ngày. Kết quả nghiên cứu Nguyễn Trọng Tài nhét mèche mũi trước chiếm 100%, nhét mèche mũi sau 7,6%, hoá chất 0,75%, laser 4,5%, đông điện 3,8%, can thiệp mạch 4,5% [3]. Kết quả của Myrian M.D.S. và cs nhét mèche mũi trước 58%, nhét mèche mũi sau 27%, đốt điện 7%, nội soi cầm máu trong các trường hợp CMM nặng 8% [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dựa vào vị trí CMM để xử trí cầm máu, các trường hợp CMM trước nhẹ, xử trí cầm máu với thuốc bông tẩm Naphazolin 0,05%, bông được rút sau 24 giờ. Nếu tiền lượng không cầm máu được với thuốc bông hoặc đã xử trí nhưng thất bại thì xử trí bằng mèche mũi trước. Các trường hợp chảy máu mũi sau, hoặc CMM cả trước và sau (đã nhét mèche mũi trước nhưng thất bại), chúng tôi cầm máu mũi sau bằng sonde Foley hoặc cục gạc. Không có trường hợp nào chúng tôi sử dụng phương pháp xử trí cầm máu đốt bằng bạc nitrat.

Nội soi cầm máu có vai trò rất quan trọng trong các trường hợp thất bại với phương pháp bảo tồn. Phương pháp nội soi đông điện cầm máu là phương pháp sử dụng trang thiết bị tương đối hiện đại để cầm máu mang lại hiệu quả điều trị cao, lại giảm được đau đớn và tâm lý khó chịu cho bệnh nhân, thời gian nằm viện được rút ngắn, ít gây ra biến chứng so với tắc động mạch hay thắt động mạch. Qua nội soi còn được ứng dụng trong phẫu thuật thắt động mạch bướm khẩu cái cho các trường hợp CMM sau khó cầm, với tỷ lệ thành công trên 95%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp chấn thương gây CMM đã cầm máu 3 lần với nhét mèche mũi trước và mũi sau nhưng vẫn không cầm, cuối cùng phải đưa bệnh nhân vào phòng mổ nội soi rút mèche mũi và đông điện cầm máu thành công.

Phẫu thuật thắt động mạch cầm máu mũi chỉ nên được thực hiện sau khi các phương pháp điều trị bảo tồn thất bại. Trước khi thực hiện thắt động mạch cầm máu cần phải biết chắc chắn đến mức có thể vị trí xuất phát của CMM. Đối với CMM do chấn thương, vị trí xuất phát thường từ phần trên cuốn mũi giữa, động mạch sàng trước nên được ưu tiên thắt đầu tiên. Trong nghiên cứu chúng tôi có 1 trường hợp phẫu thuật cầm máu sau khi xử trí cầm máu 3 lần vẫn không thành công bệnh nhân được cho chụp CT scan mũi xoang, và chụp DSA kết quả có

giả phình mạch trong xoang hàm trái và đã tiến hành phẫu thuật thắt động mạch hàm trong bằng phẫu thuật Caldwell – Luc, bệnh nhân sau thắt mạch hết chảy máu và không có biến chứng gì.

Can thiệp tắc mạch là biện pháp hiện đại nhất hiện nay tiến hành bằng chụp mạch xoá nền chọn lọc xác định rõ mạch gây chảy máu, dùng chất liệu hoá học nút mạch đang chảy, đạt hiệu quả rất cao. Kỹ thuật được áp dụng để cầm CMM đối với những trường hợp chảy máu phức tạp, dai dẳng khó cầm không xác định rõ điểm chảy máu [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp chấn thương đầu mặt cổ có CMM phải tiến hành tắc mạch sau nhiều lần chảy máu mũi tái phát sau khi xử trí nhét mũi trước, bệnh nhân được chụp CT scan sọ não và chụp DSA có kết quả dò trực tiếp động mạch cảnh xoang hang phải, tạo giả phình lớn trong xoang hang phải. Bệnh nhân đã được tắc hoàn toàn dò động mạch cảnh xoang hang bằng bóng và keo. Sau khi tắc mạch bệnh nhân hết chảy máu và không có biến chứng gì. Theo Nguyễn Trọng Minh thì trong 23 ca tắc mạch có 10 ca đau mặt chiếm 43,47%, sốt có 12 ca chiếm 52,17%, chảy máu 1 ca chiếm 4,33% [1].

4.2.3. Điều trị toàn thân chảy máu mũi

Trong nghiên cứu này, có 67,6% (48/71) bệnh nhân được điều trị toàn thân (bảng 5), trong đó có 27 bệnh nhân chiếm 56,3% được xử trí với truyền dịch, có 14 bệnh nhân vừa truyền dịch và truyền máu chiếm 29,2%, có 3 bệnh nhân vừa xử trí tiêm thuốc cầm máu, truyền dịch, truyền máu chiếm 6,3%, có 2 bệnh nhân xử trí tiêm thuốc cầm máu chiếm 4,2%, có 2 bệnh nhân được truyền dịch và thuốc cầm máu chiếm 4,2%. Tỷ lệ bệnh nhân được truyền máu và truyền dịch trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác như: Trương Minh Quý truyền máu và truyền tiểu cầu đơn thuần chiếm 13,8%, tiêm thuốc cầm máu 14,6% [2], của Nguyễn Trọng Tài bệnh nhân được truyền máu 2,27%, truyền dịch 25% [3], Arshad M. có 5,5% bệnh nhân được truyền máu [6], Vashney S. và cs có 6,9% bệnh nhân được truyền máu [11]. Kết quả của chúng tôi khác với kết quả của các tác giả trên do chúng tôi nghiên cứu CMM trên bệnh nhân chấn thương đầu mặt cổ, chính nguyên nhân chấn thương sẽ làm tổn thương các mạch máu lớn gây nên tình trạng mất máu nhiều.

4.2.4. Số lần xử trí cầm máu

Kết quả nghiên cứu chúng tôi có 78,9% bệnh nhân được xử trí cầm máu 1 lần, có 11,3% cầm máu 2 lần và 3 lần trở lên có 9,2%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Trương Minh Quý: cầm máu 1 lần chiếm 91,4%, 2 lần chiếm 4,6% và 3 lần trở lên

chiếm 3,9% [2]; của Nguyễn Trọng Tài thì 1 lần chiếm 56,06%, 2 lần chiếm 32,57%, 3 lần chiếm 6,06%, trên 3 lần chiếm 5,31% [3].

4.2.5. Biến chứng xử trí chảy máu mũi

Kết quả nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ biến chứng là 8,4%, trong đó biến chứng sốt chiếm 5% (3/60), viêm loét 1,7% (1/60), dính niêm mạc 1,7% (1/60). Nghiên cứu của chúng tôi thì biến chứng cầm máu cao hơn một số nghiên cứu khác của các tác giả trong nước và ngoài nước: Trương Minh Quý tỷ lệ biến chứng là 4,8% trong đó viêm loét 4%, dính niêm mạc 0,8% ; Chinh-Ling H. và cs, biến chứng cầm máu 2% với trường hợp bệnh nhân liệt thần kinh số 6 sau khi điều trị tắc mạch cầm máu [7], Jennifer A. Villwock và cs biến chứng của tắc mạch bao gồm đột quỵ, mù mắt, liệt thần kinh mặt và hoại tử mô mềm [9].

4.2.6. Kết quả cầm máu

Trong nghiên cứu chúng tôi có 78,9% xử trí cầm máu thành công trong lần xử trí đầu tiên (Bảng 7). Có 1 trường hợp phải can thiệp phẫu thuật cầm máu thắt động mạch hàm trong và 1 trường hợp tắc mạch. Kết quả xử trí cầm máu phần lớn là tốt chiếm 91,7% (55/60), trung bình chiếm 8,3% (5/60). Không có trường hợp nào tử vong do mất máu, có 11 bệnh nhân chiếm 15,5% tử vong do chấn thương sọ não.

4.2.7. Thời gian điều trị

Bệnh nhân bị chấn thương đầu mặt cổ có CMM nằm viện dưới 5 ngày chiếm tỷ lệ nhiều nhất 63,4%. Thời gian nằm viện trung bình là $6,33 \pm 5,61$ ngày, ít nhất là 1 ngày và lâu nhất là 36 ngày. Thời gian điều trị CMM của chúng tôi cao tương tự với kết quả nghiên cứu của Trương Minh Quý thời gian nằm viện trung bình $5,4 \pm 2,5$ [15], của Nguyễn Trọng Tài thời gian nằm viện trung bình 6,8 ngày [3].

5. KẾT LUẬN

Các hình thái lâm sàng bệnh nhân chảy máu mũi do chấn thương đầu mặt cổ.

- Thời điểm có số bệnh nhân bị chảy máu mũi nhiều nhất trong ngày là từ >18 giờ đến 6 giờ, chiếm tỷ lệ 59,2%.
- Chảy máu mũi hai bên (72,9%) nhiều hơn của chảy máu mũi một bên.
- Chảy máu mũi trước đơn thuần chiếm 70,4%, chảy máu mũi trước và sau 18,3%, chảy mũi sau đơn thuần 11,3%.
- Chảy máu mũi mức độ nhẹ 77,5%, vừa 15,5%, nặng 7,0%.
- Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất gây chấn thương đầu mặt cổ (84,5%). Thấp nhất là tai nạn thể dục thể thao (1,4%)

- Các loại hình chấn thương thì chấn thương mũi xoang 57,7%, chấn thương sọ não 52,1%, chấn thương hàm mặt 42,3%, đa chấn thương 32,4%.

Kết quả xử trí cấp cứu chảy máu mũi

- Điều trị tại chỗ đơn thuần chiếm 32,4%, điều trị tại chỗ phối hợp với điều trị toàn thân chiếm 67,6%.

- Cầm máu mũi trước chiếm 7,4%, cầm máu mũi sau chiếm 25,4%, nội soi 1,7%, thắt mạch 1,7%, tắc mạch 1,7%.

- Cầm máu mũi trước bằng nhét Merocel chiếm 28,7%, bông 26,1%, mèche mũi trước chiếm 22,8%. Cầm máu mũi sau bằng sonde Foley chiếm 16,5%, mèche mũi sau 3,3%.

- Các phương pháp điều trị toàn thân trong chảy máu mũi được áp dụng như sau: truyền dịch chiếm

56,3%, truyền dịch và truyền máu chiếm 29,2%, thuốc cầm máu, truyền dịch và truyền máu chiếm 6,3%, thuốc cầm máu 4,2%, truyền dịch và thuốc cầm máu 4,2%.

- Biến chứng xử trí cầm máu mũi 8,4%: trong đó sốt chiếm 5,0%, viêm loét 1,7% và dính niêm mạc 1,7%.

- Kết quả xử trí cầm máu: tốt chiếm 91,7%, trung bình chiếm 8,3%, không có trường hợp có kết quả xấu.

- Tử vong chiếm 15,5% do bệnh nhân bị chấn thương sọ não. Không có bệnh nhân tử vong do mất nhiều máu hoặc do xử trí cầm máu không thành công.

- Thời gian điều trị trung bình là $6,33 \pm 5,61$ ngày (1 - 36 ngày).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trọng Minh, Trần Minh Trường, Võ Tấn (2006), "Áp dụng chụp mạch xoá nền trong chẩn đoán vị trí chảy máu mũi tái phát nặng", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 10(2), tr. 96-99.

2. Trương Minh Quý (2011), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị cấp cứu chảy máu mũi tại Bệnh viện Trung ương Huế", luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.

3. Nguyễn Trọng Tài (2014), "Nghiên cứu hiệu quả các biện pháp can thiệp trong điều trị chảy máu mũi", *Y học thực hành*, 914 (4), tr. 150-154.

4. Nguyễn Tư Thế (2003), "Tìm hiểu dịch tễ học và nguyên nhân chảy máu mũi ở 162 bệnh nhân khám và điều trị tại bệnh viện Trung ương Huế", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 7(1), tr. 8-13.

5. Nghiêm Đức Thuận (2013), "Đặc điểm lâm sàng chảy máu mũi", *Y học thực hành*, 859 (2), tr. 99-103.

6. Arshad M., Ahmed Z., Ali L. (2007), "Epistaxis:

An experience with over 100 cases", *Rawal Medical Journal*, (32), pp. 142-145.

7. Chin- Ling H., Chih - Hung S. (2002), "Epistaxis: A review of hospital patients", *Chines Medical Journal (Taipei)*, (65), pp. 74-84.

8. Eziyi J.A.E., Akinpelu O.V., Amusa Y.B., Eziyi A.K. (2009). "Epistaxis in Nigerians: A 3- year Experience", *East and Central African Journal of Surgery*, 14(2), pp. 93-98.

9. Jennifer A. Villwock, Jones K., MD. (2013), "Recent trends in Epistaxis management in the United States 2008-2010 ", *JAMA Otolaryngo Head neck surg*, 139 (12), pp. 1279-1284.

10. Myrian M.D.S., Maria L.P.L. (2009), "Epistaxis: Prevailing factors and treatment", *Arch. Otorhinolaryngol, São Paulo- Brazil*, 13(4), pp. 381-385.

11. Vashney S., Saxena R.K. (2005), "Epistaxis : A retrospective clinical study", *Indian journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 57 (2), pp. 125-129