

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ CẮT LỚP VI TÍNH CỦA CHẢY MÁU MŨI KHÓ CẦM DO CHẤN THƯƠNG

*Quách Thị Cầm\**

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu 35 bệnh nhân (BN) chảy máu mũi khó cầm do chấn thương, được chẩn đoán xác định và điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng 1 - 2005 đến 6 - 2011. Kết quả: Chảy máu muộn sau chấn thương chiếm đa số, chủ yếu chảy máu mũi ở một bên, tái phát, tính chất chảy dữ dội trong thời gian ngắn và gây ra mất máu ở mức độ vừa và nặng, triệu chứng đau nhức vùng sọ mặt thường gặp nhất. Các triệu chứng lâm sàng kèm theo: đau đầu, tê bì nửa mặt và chân răng cùng bên, ù tai, lồi mắt, giảm hoặc mất thị lực. Hình ảnh nội soi: chảy máu hoặc máu đọng ở khe bướm sàng, chảy máu từ vùng cửa động mạch sàng (37,9%), vùng mỏm móc hoặc vách mũi xoang đập theo nhịp mạch. Hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính: vỡ tầng giữa sọ mặt, vỡ nền sọ. Chảy máu mũi khó cầm do chấn thương hay gặp ở những trường hợp chảy máu mũi muộn ở một bên, mức độ nặng và tái phát với hình ảnh máu chảy ở vùng động mạch sàng hoặc khe bướm sàng trên nội soi và hình ảnh vỡ phức tạp tầng các tầng của sọ mặt và/hoặc nền sọ trên phim cắt lớp vi tính (CLVT).

\* Từ khóa: Chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương; Đặc điểm lâm sàng; Hình ảnh nội soi.

### STUDY OF CLINICAL, ENDOSCOPIC FEATURES AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING OF INTRACTABLE EPISTAXIS DUE TO TRAUMA

### SUMMARY

*Retrospective study of 35 cases with intractable epistaxis due to trauma was diagnosed and treated at the National ENT Hospital. Results: Epistaxis included: unilateral, recurrent, severe and causes severe anemia. Painful craniofacial region was the most common symptom. The clinical symptoms may be accompanied by: headache, tinnitus, exophthalmos, decreased or loss of vision. Nasal endoscopic features: bleeding from sphenodeithmoidal recess, bleeding from eithmoidal artery region. CT scan's features: upper and mid facial trauma, skull base fracture. Intractable epistaxis due to trauma nose bleeds have the following characteristics: unilateral, recurrent and causes severe anemia, bleeding from sphenodeithmoidal recess or eithmoidal artery region. CT revealed upper and mid facial fractures and/or skull base fractures.*

\* *Key words: Intractable epistaxis due to trauma; Clinical characteristics; Endoscopic features.*

\* *Bệnh viện Tai Mũi Họng TW*

*Phản biện khoa học: GS. TS. Lê Trung Hải*

*TS. Nghiêm Đức Thuận*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi là cấp cứu thường gặp nhất trong chuyên ngành Tai Mũi Họng. Mức độ trầm trọng của chảy máu mũi phụ thuộc vào nguyên nhân, vị trí mạch máu bị tổn thương và xử trí ban đầu. Chảy máu mũi khó cầm là những trường hợp chảy máu nhiều, ồ ạt hoặc chảy máu tái diễn nhiều lần mà các phương pháp cầm máu thông thường (nhét meche mũi trước, mũi sau, thậm chí cả nội soi đồng điện) không có hiệu quả, nếu không được chẩn đoán, xử trí sớm và phù hợp, có thể đe dọa tính mạng người bệnh.

Ngày nay, nhờ sự tiến bộ của chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là chụp CLVT... đóng vai trò rất lớn trong định hướng chẩn đoán và chỉ định điều trị.

Vì vậy, việc tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang để xác định tổn thương, đặc biệt tổn thương mạch máu lớn nguy hiểm, nhằm chẩn đoán và có hướng điều trị sớm, phù hợp, ít can thiệp nhiều lần, ít gây biến chứng nguy hiểm đến tính mạng người bệnh là cần thiết.

Ở Việt Nam, tới thời điểm này có rất ít công trình nghiên cứu một cách hệ thống về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh của chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương. Nên các nhà ngoại khoa chấn thương nói chung và các bác sỹ tai mũi họng nói riêng chưa có cách đánh giá và thái độ xử lý đúng trước những trường hợp này. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và mô tả hình ảnh nội soi, CLVT của chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

35 BN được chẩn đoán chảy máu mũi khó cầm do chấn thương tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng 1 - 2005 đến 6 - 2011.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: chẩn đoán xác định là chảy máu mũi khó cầm do chấn thương. Có hồ sơ bệnh án, ghi chép rõ ràng, chụp phim CLVT mũi xoang.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh án không đầy đủ thông tin hoặc không rõ ràng, kèm theo tổn thương phối hợp như chấn thương ngực bụng, sọ não, có bệnh lý rối loạn đông máu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Hồi cứu mô tả từng ca.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng.

\* *Đặc điểm về tuổi và giới:*

Trong 35 BN nghiên cứu, 33 BN nam (94,3%) và 2 BN nữ (5,7%). Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Lê Vĩnh Đức (72% và 23%), Nguyễn Thị Thanh Tâm (74% và 26%) [1, 2]. BN nam chiếm đa số, điều này cũng dễ hiểu vì nam giới thường làm nhiều việc nặng nhọc hơn và là người điều khiển phương tiện giao thông, do đó xác suất gặp chấn thương nhiều hơn.

BN ít tuổi nhất 17, BN nhiều tuổi nhất 64. Chúng tôi gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng hay gặp nhất ở lứa tuổi từ 19 - 39 (82,9%). Điều này có thể giải thích, do đây là lứa tuổi hoạt động xã hội nhiều, dễ xảy ra tai nạn trong lao động và sinh hoạt. Kết quả này cao hơn so với Nguyễn Lê Vĩnh Đức [1]. Do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi dựa trên nhóm BN chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương, trong khi Nguyễn Lê Vĩnh Đức nghiên cứu trên

nhóm BN chảy máu mũi khó cầm nói chung, bao gồm nhiều trường hợp chảy máu mũi khó cầm do tăng huyết áp ở người cao tuổi

*\* Thời gian xuất hiện chảy máu mũi:*

4/35 BN (11,4%) phải nhập viện do chảy máu mũi ngay sau chấn thương. Đa số BN xuất hiện chảy máu muện (> 7 ngày) sau chấn thương (19 BN = 54,3%) và từ 2 - 7 ngày sau chấn thương: 12 BN (34,3%). Nguyên nhân: có thể chảy máu mũi khó cầm do chấn thương thường do giả phình mạch sau chấn thương. Các lớp áo của động mạch bị tổn thương trong khi bị tai nạn. Dưới áp lực của dòng máu, tổn thương này tiếp tục phát triển, gây ra giả phình mạch. Khi thành mạch bị thủng, gây chảy máu. Vì vậy, chảy máu thường xuất hiện muộn [6].

*\* Vị trí chảy máu mũi:*

Hay gặp chảy máu mũi 1 bên (71,3%) trong khi chỉ có 28,7% BN chảy máu mũi cả 2 bên. Kết quả này phù hợp với Nguyễn Lê Vĩnh Đức và Nguyễn Thị Thanh Tâm [1, 2] cũng như một số tác giả nước ngoài, như: Shaheen OH, Rich MC và CS (65 - 72% chảy máu mũi 1 bên và 28 - 35% chảy máu mũi 2 bên), điều này cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về số bên mũi chảy máu ở nhóm chảy máu mũi khó cầm do chấn thương với nhóm chảy máu mũi khó cầm nói chung và nhóm chảy máu mũi thông thường.

*\* Số lần tái phát:*

Tất cả BN trong nghiên cứu đều chảy máu tái phát. Đa số chảy máu tái phát 3 lần (71,4%). Chảy máu tái phát 4 lần: 6/35 BN (5,7%). Đặc trưng của chảy máu mũi khó cầm là tính chất tái phát, khi nguyên nhân gây chảy máu mũi chưa được giải quyết triệt để. Phần lớn BN chủ quan, thiếu quản lý về mặt y tế sau khi được điều trị cầm máu tạm thời, do không nghĩ

đến các nguyên nhân chảy máu hiếm gặp như giả phình mạch, thông động tĩnh mạch... dẫn đến tình trạng chảy máu tái phát nhiều lần, điều trị không hiệu quả, chảy máu kéo dài, gây ảnh hưởng đến thể trạng người bệnh. Kết quả của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Lê Vĩnh Đức (72% chảy máu tái phát, 28% chảy máu một lần [1] và cao hơn so với Vitek J, Riche MC và CS, J.J Connors, J.C. Wojak [5, 6, 7] (20 - 30%). Điều này có thể giải thích, do nghiên cứu trên nhóm BN khác nhau, việc quản lý điều trị triệt để nguyên nhân chảy máu mũi ở các nước phát triển tốt hơn.

*\* Mức độ chảy máu:* trong nghiên cứu này 11/35 BN chảy máu thành dòng ra cửa mũi trước hoặc xuống họng. Đa số BN (24/35 BN) chảy máu ồ ạt, số lượng lớn, tốc độ nhanh trong thời gian ngắn rồi tự cầm và sau đó tái phát. Không có BN nào biểu hiện trên lâm sàng chảy máu nhẹ, thành giọt. Chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương thường do tổn thương các mạch máu vừa và lớn: động mạch sàng trước, động mạch sàng sau, động mạch hàm trong, động mạch cảnh trong... chảy máu nhẹ thành giọt chỉ gặp trong chấn thương nhẹ như gãy xương chính mũi, rách niêm mạc hoặc chảy máu điểm mạch.

*\* Mức độ mất máu:* trong bệnh cảnh chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương, 17,1% BN mất máu mức độ nặng; mất máu mức độ vừa: 17 BN (48,6%); mức độ nhẹ: 13 BN (34,3%), có sự chênh lệch đáng kể so với Nguyễn Lê Vĩnh Đức (mất máu nhẹ: 54,5%, mất máu vừa và nặng: 45,46%), Nguyễn Thị Thanh Tâm (mất máu vừa và nặng chỉ có 26%) [1, 2], chứng tỏ sự khác biệt về mức độ mất máu giữa nhóm BN chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương với nhóm BN chảy

máu mũi khó cầm nói chung và chảy máu mũi thông thường.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Lê Vĩnh Đức: 17,64% BN chảy máu mũi nặng đều có nguyên nhân chấn thương. Theo Andres Ramos, Ricardo Tobio và CS [3]: chảy máu mũi do nguyên nhân chấn thương thường xảy ra muộn, nhưng rất trầm trọng, mức độ mất máu cao, không đáp ứng với phương pháp cầm máu thông thường và có thể gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh, do tổn thương trực tiếp các mạch máu lớn gây chảy máu ồ ạt.

\* *Triệu chứng lâm sàng khác:* đau nhức vùng mặt: 25 BN (71,4%); tê bì nửa mặt và chân răng: 4 BN (11,4%); ù tai: 2 BN (5,7%); lòi mắt: 2 BN (5,7%); giảm hoặc mất thị lực: 2 BN (5,7%).

**2. Hình ảnh trên nội soi của chảy máu mũi khó cầm.**

Chảy máu từ động mạch bướm khẩu cái hoặc máu đọng ở khe bướm sàng: 10 BN (34,5%); chảy máu từ vùng cửa động mạch sàng: 11 BN (37,9%); máu đọng ở sàn mũi hoặc khe giữa, không thấy điểm chảy: 3 BN (10,3%); vùng mòm móc hoặc vách mũi xoang đập theo nhịp mạch: 5 BN (17,3%). 29/35 BN được kiểm tra dưới nội soi. 7 BN đang được nhét bắc mũi trước hoặc mũi sau, mất máu nặng hoặc vừa, nhưng nguy cơ chảy máu khi rút bắc nên được chụp mạch và nút mạch, sau đó rút bắc.

Ngoài ra, 8 BN sau khi chụp mạch và nút mạch được rút bắc hoặc merocel dưới nội soi thấy niêm mạc hốc mũi xây xước, thường do nhét bắc mũi nhiều lần, chảy máu rỉ rả từ vết xây xước nên đã được đồng điện các điểm chảy.

**3. Hình ảnh chụp CLVT.**

*Bảng 1:* Hình ảnh tổn thương xương trên phim CLVT.

HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG		n	%
Tầng giữa	Vỡ phức tạp tầng giữa sọ mặt nhưng không vỡ thành sau xoang hàm hoặc hố chân bướm hàm	14	31,1
	Vỡ tầng giữa sọ mặt có vỡ thành sau xoang hàm hoặc hố chân bướm hàm	12	26,7
Vỡ tầng giữa phức tạp phối hợp với vỡ nền sọ	Vỡ các thành của xoang bướm	9	20
	Vỡ cánh nhỏ xương bướm	5	11,1
	Vỡ đỉnh xương đá	5	11,1
Tổng số		35	100

Chúng tôi thấy hình ảnh tổn thương trên phim CLVT rất đa dạng. Khi vỡ tầng giữa sọ mặt có vỡ khối mũi sàng, nguy cơ tổn thương động mạch sàng và các nhánh của nó. Do động mạch sàng trước và sàng sau chạy trong các ống xương, tương ứng trong khối xương sàng. Khi bị tổn thương do chấn thương thường tụt sâu vào trong ống xương, gây chảy máu mũi kéo dài và khó cầm bằng nhét bắc mũi.

Về vỡ tầng giữa sọ mặt: đây là một hình ảnh đáng lưu ý. Vì hố chân bướm hàm chứa động mạch hàm trong và các nhánh của nó. Về giải phẫu hố chân bướm hàm: ranh giới liên quan của nó là chân bướm ở phía sau, ngành lên xương khẩu cái ở phía trước, thành sau xoang hàm ở phía trước bên. Như vậy, tổn thương thành sau xoang hàm liên quan mật thiết đến tổn thương động mạch hàm trong. Theo Siddharth [6], tổn thương vỡ thành sau xoang hàm do chấn thương là nguyên nhân hay gặp nhất, gây giả phình động mạch hàm trong.

Chúng tôi gặp 9 BN có hình ảnh vỡ tầng giữa nền sọ kèm theo vỡ phức tạp các tầng của sọ mặt trên CLVT mũi xoang

ở 2 tư thế đứng (coronal) và đứng ngang (axial). Đáng lưu ý là, tất cả BN đều có hình ảnh tụ máu trong xoang bướm một bên hoặc hai bên đi kèm với hình ảnh gãy vỡ trần, thân, hoặc thành sau xoang bướm, cũng có thể có hình ảnh vỡ cánh nhỏ xương bướm hoặc đường vỡ ở đỉnh xương đá. Về phương diện giải phẫu, xoang hang nằm ở hai bên của thân xương bướm và ở phía trước của hố não giữa. Động mạch cảnh trong đi lên vào hộp sọ qua ống động mạch cảnh trong và lỗ rách trước. Trên đường đi, động mạch cảnh trong đi qua xương đá và thoát ra ở đỉnh xương đá vào xoang tĩnh mạch hang. Động mạch cảnh trong thoát ra khỏi xoang tĩnh mạch hang ở mỏm yên trước ở trên cánh nhỏ xương bướm. Như vậy, lỗ rách trước ống động mạch cảnh trong là những mốc giải phẫu quan trọng. Lỗ rách trước nằm giữa đỉnh xương đá, thân xương bướm và phần nền của xương chẩm. Đường vỡ ở tầng giữa nền sọ chỉ ra nguy cơ cao cho tổn thương động mạch. Như vậy, chấn thương sọ mặt gây vỡ nền sọ ở tầng giữa có nguy cơ tiềm ẩn gây rách thành động mạch cảnh trong, dẫn tới giả phình động mạch cảnh trong, thông động mạch cảnh xoang hang, gây chảy máu mũi khó cầm.

## KẾT LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng.

- Nam giới chiếm đa số (94,3%), lứa tuổi từ 19 - 29 chiếm 82,9%.

- Chảy máu mũi sau chấn thương chiếm đa số ( $\geq 2$  ngày chiếm 34,5%).

- Chủ yếu chảy máu mũi ở một bên (71,4%), tái phát ( $\geq 2$  lần 71,4%), tính chất chảy dữ dội trong thời gian ngắn (68,6%) và gây ra mất máu ở mức độ vừa

và nặng (35,7%), triệu chứng đau nhức vùng sọ mặt thường gặp nhất (71,4%).

### 2. Hình ảnh nội soi và CLVT.

- Hình ảnh nội soi: chảy máu hoặc máu đọng ở khe bướm sàng (34,5%), chảy máu từ vùng cửa động mạch sàng (37,9%), vùng mỏm móc hoặc vách mũi xoang đập theo nhịp mạch (17,3%).

- Hình ảnh trên phim chụp CLVT: vỡ tầng giữa sọ mặt 57,8%, vỡ nền sọ 41,2%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lê Vĩnh Đức. Nghiên cứu điều trị chảy máu mũi khó cầm bằng phương pháp điện quang can thiệp nội mạch. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2005.
2. Nguyễn Thị Thanh Tâm. Nghiên cứu vai trò của nội soi trong chẩn đoán và xử trí chảy máu mũi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW. Luận văn Thạc sỹ Y học. 2001.
3. Andres R, et al. Traumatic aneurysms of the internal carotid artery: A late finding presenting as a mass in the sphenoid sinus. AJNR. 1996, pp.222-225.
4. Fabian T. Post-traumatic carotid cavernous fistula: frequency analysis of the sign, symptom and disability outcomes after angiographic embolization, J Trauma. 1999, 18, pp.41-45.
5. J Connors, J.C.WoJak, Epitaxis. Radiology Intervention. W.B.Saunders Com. 1999, pp.147-156.
6. Siddharth K Karanth, Mukund Jagannathan, SG Mahesh, Maksud Devale. Internal maxillary artery pseudoaneurysm in a case of mandibular fracture case report, Indian of Plastic Surgery. 2007, 40 (1), pp.51-53.
7. Vitek J. Idiopathic intractable epitaxis: endovascular therapy, Radiology. 1991, (181), pp.113-116.