

NGHIÊN CỨU HÌNH ẢNH CHỤP MẠCH SỐ XÓA NỀN VÀ ĐỐI CHIẾU VỚI HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH CỦA CHẢY MÁU MŨI KHÓ CẦM SAU CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG - ỚNG

*Quách Thị Cần**

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu 26 trường hợp được chẩn đoán chảy máu mũi khó cầm do chấn thương tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ 1 - 2005 đến 1 - 2010. Kết quả cho thấy: hình ảnh chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) tổn thương từ hệ cảnh ngoài (57,7%), hệ cảnh trong (34,6%). Hình ảnh giả phình mạch 57,7%, tăng sinh mạch (34,6%), giả phình + thông động tĩnh mạch (7,7%). Đối chiếu với hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT): hình ảnh giả phình từ hệ mạch cảnh ngoài liên quan đến hình ảnh vỡ các tầng của sọ mặt đơn thuần, hình ảnh tổn thương từ hệ mạch cảnh trong liên quan đến hình ảnh vỡ phối hợp các tầng của sọ mặt và nền sọ.

* Từ khóa: Chảy máu mũi khó cầm; Chấn thương; Chụp mạch số hóa xóa nền; Cắt lớp vi tính.

STUDY IMAGE OF DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY AND CT-SCAN OF INTRACABLE EPISTAXIS POST TRAUMA AT NATIONAL ENT HOSPITAL

SUMMARY

Retrospective study series of 26 cases of intracable epistaxis post trauma was diagnosed at the National ENT Hospital in the period from January 2005 to January 2010. Results: Lesions of the external carotid (57.7%); the internal carotid (34.6%). 57.7% false aneurysm, vasculogenesis (34.6%), false aneurysm + carotid cavernous fistula (7.7%). Compared with CT-scan: false aneurysm of external carotid related to images of craniofacial fracture without skull base fracture. Lesion of internal carotid related to craniofacial and skull base fracture.

* *Key words: Intracable epistaxis; Trauma; Digital subtraction angiography (DSA); CT-scan.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi là cấp cứu thường gặp nhất trong chuyên khoa tai mũi họng. Chảy máu mũi khó cầm do chấn thương là biến chứng

nặng mà Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Tai - Mũi - Họng Trung ương thường tiếp nhận từ những chuyên khoa khác như Ngoại Thần kinh, Mắt, Răng hàm mặt...

* *Bệnh viện Tai Mũi Họng TW*

Phán biện khoa học: TS. Nghiêm Đức Thuận

TS. Nguyễn Trọng Giang

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 đông điện) không có hiệu quả, nếu không được chẩn

đoán, xử trí sớm có thể đe dọa tính mạng người bệnh. Những năm gần đây, với sự gia tăng nhanh chóng của phương tiện giao thông làm tăng tỷ lệ chấn thương sọ mặt, nên chảy máu mũi sau chấn thương thường gặp hơn và mức độ cũng nặng hơn.

Ngày nay, nhờ sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh, trong đó gồm: chụp CLVT, chụp DSA đã đóng vai trò rất lớn trong chẩn đoán xác định tổn thương mạch máu và điều trị những trường hợp chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương.

Hiện nay ở Việt Nam chưa có nhiều công trình nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh của chụp DSA và CLVT của chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm tổn thương trên phim chụp mạch số xóa nền và đối chiếu hình ảnh tổn thương trên phim DSA với hình ảnh tổn thương trên phim CLVT của chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

26 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 - 2010.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ:*

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

- 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, có bệnh lý rối loạn đông máu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Hồi cứu mô tả từng trường hợp.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Hình ảnh tổn thương trên phim DSA.

Bảng 1: Phân bố vị trí tổn thương động mạch trên phim chụp mạch.

ĐỘNG MẠCH		n	%
Động mạch cảnh trong	Thân	9	34,6
	Nhánh	0	0
Động mạch cảnh ngoài (Động mạch hàm trong)	Thân	2	7,7
	Nhánh	15	57,7
Tổng số		26	100

Chúng tôi không gặp trường hợp nào tổn thương từ cả hai hệ cảnh trong và cảnh ngoài trên phim chụp mạch. Kết quả này có sự chênh lệch không đáng kể so với của Nguyễn Lê Vĩnh Đức [1] (63,64% hệ cảnh ngoài và 27,72% hệ cảnh trong).

Bảng 2: Hình ảnh tổn thương trên phim chụp mạch.

HÌNH ẢNH		n	%
Giả phình động mạch	Từ động mạch cảnh trong	7	26,9
	Từ động mạch hàm trong	8	30,8
Tăng sinh mạch		9	34,6
Giả phình động mạch + thông động tĩnh mạch		2	7,7
Hình ảnh bình thường		0	0
Tổng số		26	100

Hình ảnh giả phình động mạch gặp với tỷ lệ rất cao (65,4%), trong đó 8/26 BN (30,8%) trường hợp giả phình từ động mạch hàm trong (thân hoặc nhánh), 7/26 BN (26,9%) từ động mạch cảnh trong và 2/26 BN (7,7%) vừa có giả phình động mạch cảnh trong vừa có thông động mạch cảnh xoang hang. 2/26 BN vừa có giả phình động mạch vừa có dấu hiệu thoát thuốc

trực tiếp ra ngoài thành mạch, đây là bằng chứng rõ ràng nhất về tổn thương đang có dấu hiệu chảy máu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Lê Vĩnh Đức và các tác giả nước ngoài khác: tỷ lệ quan sát được dấu hiệu thoát thuốc trực tiếp trên phim chụp mạch không cao.

Tỷ lệ gặp giả phình động mạch ở nghiên cứu này cao hơn nhiều so với Nguyễn Lê Vĩnh Đức (39,37%) [1], chúng tôi nghiên cứu trên nhóm BN chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương, mà chấn thương là nguyên nhân hàng đầu gây giả phình động mạch.

Dấu hiệu thường gặp nhất là dấu hiệu tăng sinh mạch (9/26 BN = 34,6%), tỷ lệ này thấp hơn so với Nguyễn Lê Vĩnh Đức và các tác giả nước ngoài: Vitel J, J Connors [1, 7], có lẽ do khác nhau về nhóm đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu của Nguyễn Lê Vĩnh Đức gặp 9,09% không có dấu hiệu trên phim chụp mạch (tức là hình ảnh động mạch xuất hiện bình thường) [1]. Nhưng 26 BN ở nghiên cứu đều có hình ảnh tổn thương trên phim chụp mạch, có thể Nguyễn Lê Vĩnh Đức nghiên cứu trên nhóm BN chảy máu mũi khó cầm do nhiều nguyên nhân và những trường hợp không thấy được hình ảnh tổn thương trên phim là do động mạch bị kích thích trong quá trình can thiệp gây hiện tượng co mạch tạm thời, thường quan sát thấy ở những BN chảy máu mũi vô căn, hoặc những người có cơ địa nhạy cảm.

2. Đối chiếu hình ảnh tổn thương trên phim DSA và trên CLVT.

Bảng 3:

CLVT DSA	VỠ TẦNG GIỮA SỌ MẶT KHÔNG TỔN THƯƠNG NỀN SỌ		CÓ TỔN THƯƠNG NỀN SỌ
	Không vỡ thành sau xoang hàm hoặc hố chân bướm hàm	Vỡ thành sau xoang hàm hoặc hố chân bướm hàm	

Tăng sinh mạch từ động mạch hàm trong	5	4	0
Giả phình từ động mạch hàm trong	0	8	0
Giả phình động mạch cảnh trong hoặc thông động mạch cảnh xoang hang	0	0	9
n	6	12	9

Ở BN có giả phình động mạch hàm trong là một nhánh của động mạch cảnh ngoài khi đối chiếu tổn thương trên phim CLVT, chúng tôi thấy hình ảnh khá đặc hiệu: 7/8 BN có vỡ phức tạp ở tầng giữa sọ mặt, nhưng có vỡ thành sau xoang hàm hoặc hố chân bướm hàm, 1 BN vỡ thành sau và thành trước xoang hàm đơn thuần. Theo Siddharth và một số tác giả nước ngoài, tổn thương vỡ thành sau xoang hàm do chấn thương là một trong những nguyên nhân hay gặp nhất gây giả phình động mạch hàm trong. Như vậy, tổn thương vỡ thành sau xoang hàm hoặc đường gãy ngang qua hố chân bướm hàm trên phim chụp CLVT có liên quan mật thiết đến tổn thương động mạch hàm trong [6]. Dấu hiệu này trên phim chụp CLVT cho phép nghi ngờ tổn thương ĐM hàm trong sau chấn thương. Điểm đáng lưu ý là tổn thương ĐM hàm trong thuộc động mạch cảnh ngoài chỉ xuất hiện ở những trường hợp BN có vỡ tầng giữa sọ mặt đơn thuần mà không có tổn thương vỡ nền sọ kèm theo. Điều này, giúp thầy thuốc chẩn đoán sơ bộ tổn thương thuộc hệ mạch nào qua hình ảnh phim chụp CLVT trước khi có chỉ định chụp DSA để chẩn đoán xác định [5].

Nhóm 9 BN có giả phình động mạch

cảnh trong hoặc thông động mạch cảnh xoang hang khi đối chiếu với hình ảnh tổn thương trên phim CLVT, chúng tôi thấy, hình ảnh khá đặc hiệu: 9 BN đều đường vỡ ở tầng giữa nền sọ kết hợp với vỡ phức tạp sọ mặt. Các tổn thương vỡ nền sọ có thể là: vỡ thành của xoang bướm và máu tụ trong xoang bướm một bên hoặc 2 bên có kèm theo hình ảnh vỡ cánh nhỏ xương bướm, vỡ đỉnh xương đá. Theo Chao Bao Luo và CS, vị trí thường gặp của giả phình động mạch cảnh trong sau chấn thương là ở phần xoang hang và xương đá, thường kèm theo tổn thương xương của nền sọ [3]. Về đặc điểm giải phẫu, xoang hang nằm ở hai bên của thân xương bướm và ở phía trước của hố não giữa. ĐM cảnh trong đi lên vào hộp sọ qua ống ĐM cảnh trong và lỗ rách trước. Trên đường đi, ĐM cảnh trong đi qua xương đá và thoát ra khỏi xoang tĩnh mạch hang ở mỏm yên trước trên cánh nhỏ xương bướm. Như vậy, lỗ rách trước ống ĐM cảnh trong là những mốc giải phẫu quan trọng. Lỗ rách trước nằm giữa đỉnh xương đá, thân xương bướm và phần mềm của xương chẩm. Đường vỡ ở tầng giữa nền sọ cho thấy nguy cơ cao tổn thương động mạch cảnh trong.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm hình ảnh của chụp DSA của chảy máu mũi khó cầm sau chấn thương.

- Tất cả 26 BN đều có tổn thương trên phim chụp mạch. Tổn thương ở ĐM cảnh trong (34,6%) chiếm tỷ lệ thấp hơn ĐM cảnh ngoài (57,7%).

- Hình ảnh giả phình động mạch chiếm đa số (57,6%), sau đó là tăng sinh mạch

trên phim chụp mạch, giả phình động mạch và thông động tĩnh mạch chiếm tỷ lệ thấp.

2. Đối chiếu hình ảnh trên phim chụp DSA với hình ảnh tổn thương trên CLVT.

- Tổn thương phình ĐM hàm trong chỉ xuất hiện khi có vỡ tầng giữa sọ mặt đơn thuần mà không có tổn thương vỡ nền sọ kèm theo trên phim CLVT.

- Tổn thương vỡ nền sọ trên phim CLVT có liên quan mật thiết tới hình ảnh giả phình ĐM cảnh trong và thông động tĩnh mạch xoang hang.

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 khoa. Đại học Y Hà Nội. 2005.

2. Bùi Văn Giang. Giá trị của phương pháp điện quang can thiệp nội mạch trong điều trị thông động mạch cảnh xoang hang trực tiếp. Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2008.

3. Chao-Bao Luo, Michael Mu-Huo Teng, Feng-Chi Chang, Chang-Yen Chang. Endovascular management of the traumatic cerebral aneurysm associated with traumatic carotid cavernous fistula. AJNR Am J Neuroradiol. 2004, pp.501-505.

4. Maziar Sadri, Katie Midwinter, Aftab Ahmed and Andrew Parker. Assessment of safety and efficacy of arterial embolization in the management of intractable epistaxis, European Archives of Oto-Rhino-Laryngo. 2004, Vol 263, N^o 6, pp.560-566.

5. Michelle MC, Thomas A Tami. Comparison of internal maxillary artery ligation versus embolization for refractory posterior epistaxis. Presented at the annual meeting of the American academy of Otolaryngology. Head and Neck Surgery,

D.C.1996.

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 epistaxis: endovascular therapy, *Radiology.* 181, pp.113-116.

