

CHẢY MÁU MŨI

TS. BS Đặng Xuân Hùng
Khoa Tai Mũi Họng

1. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

- 10% trường hợp chảy máu mũi chưa rõ nguyên nhân.
- Kết quả của nhiều yếu tố phối hợp.
- Trong trường hợp chảy máu dai dẳng: cao huyết áp, sử dụng aspirin hoặc các thuốc chống kết tập tiểu cầu, nghiện rượu là các yếu tố quan trọng.

Bảng phân loại nguyên nhân chảy máu mũi

Tại chỗ	Hệ thống
Chấn thương mặt	Bệnh máu, mạch máu
Phản ứng viêm	Các loại thuốc
Biến dạng cấu trúc giải phẫu	Nhiễm độc hệ thống (kim loại nặng)
Dị vật mũi	Nhiễm trùng
Nhiễm độc hóa chất	Bệnh lý tim mạch
Phẫu thuật	
U trong mũi (lành tính, ác tính)	

2. ĐIỀU TRỊ

Thái độ xử trí:

- Kiểm soát tình trạng máu chảy để chống mất máu và giảm thể tích.
- Hướng dẫn phòng ngừa mất máu giảm thể tích và sốc (Advanced Trauma Life Support Instructor Manual) phân loại lượng máu mất.

Bảng 2. Phân loại lượng máu mất, rối loạn sinh lý và bù hoàn dịch

	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
% máu mất	10-15%	15-30%	30-40%	> 40%
Lượng máu mất (ml)	700-750	750-1500	1500-2000	> 2000
Mạch/phút	< 100	< 100-120	> 120	>140
Nhịp thở/phút	14-20	20-30	30-40	> 35
Huyết áp	BT	BT	Giảm	Giảm tâm thu
Dịch truyền	Lactated Ringer	Lactated Ringer	Lactated Ringer	Lactated Ringer và máu

- Độ III và IV: chảy máu nặng, sự chuyển độ III sang IV có thể âm thầm, đặc biệt trong trường hợp chảy máu kéo dài và sự bù dịch không đầy đủ ngay từ đầu.
- Độ IV: lượng nước tiểu có thể được dùng hướng dẫn trong việc bù hoàn dịch, truyền máu cần thiết để ổn định huyết động.

- Quy luật truyền máu 1/3: mỗi 100 ml máu mất, lượng dịch cao phân tử cần truyền là 300 ml.
- Đối với trường hợp chảy máu nặng, điều quan trọng là cần nắm vững giải phẫu, kỹ thuật điều trị và dụng cụ sẵn có.
- Các yếu tố cần ghi nhận:
 - Mức độ chảy máu.
 - Vị trí chảy máu.
 - Tuổi bệnh nhân.
 - Bệnh sử: chấn thương, phẫu thuật hoặc bệnh về máu (bệnh Willebrand, bệnh chảy máu di truyền).
 - Các thuốc đã sử dụng (aspirin, kháng đông, kháng viêm).
 - Tổng trạng bệnh nhân.
- Trong trường hợp chảy máu nặng, không có thời gian khai thác, việc kiểm soát chảy máu và bù hoàn dịch là tối quan trọng.
- Các phương pháp cầm máu.
 1. Đốt bằng cô te (Cauterization)
 2. Thuyên tắc mạch máu (Embolization)
 3. Đông lạnh (Cryotherapy)
 4. Nhét bấc mũi (Nasal packing)
 5. Đốt bằng cô te qua nội soi (Endoscopic cauterization)
 6. Phẫu thuật (Surgical reconstruction)
 7. Laser quang đông (Laser photocoagulation)
 8. Phong bế lỗ khẩu cái lớn (Greater palatine foramen block)
- Để xác định vị trí điểm chảy máu, cần thiết:
 - Ánh sáng đầy đủ.
 - Cả bệnh nhân và thầy thuốc đều thư giãn và được bảo vệ bằng các áo choàng không thấm nước.
 - Dùng ống hút, kẹp khủy lấy toàn bộ cục máu đông ở hốc mũi.
 - Các thuốc co mạch (phenylephrine hydrochloride 0.25% hoặc cocaine 4%, 5 mL) làm giảm phù nề niêm mạc và giảm chảy máu.
- Sau khi lấy toàn bộ các cục máu đông và không còn chảy máu, không cần thao tác tiếp và chỉ tiếp tục theo dõi. Nhét bấc tùy tiện gây chấn thương niêm mạc mũi và chảy máu ở những điểm khác.

3. CÁC KỸ THUẬT CẦM MÁU

3.6. Đốt bằng cô te nitrate bạc (Silver Nitrate Cauterization)

Nitrate bạc gây một số khó chịu, vì vậy sử dụng thuốc tê tại chỗ (2% lidocaine) bằng một que bông giúp tránh các khó chịu này, ngoài ra epinephrine có tác dụng co mạch cũng rất hữu ích. Nitrate bạc sử dụng kéo dài ít nhất 30 giây, tránh làm bỏng các mô lân cận bình thường

3.7. Đốt điện (Electrical Cauterization)

Đốt sâu hơn trong những trường hợp chảy máu nặng. Lưu ý không đốt quá sâu do bộc lộ và phá hủy màng sụn tứ giác. Dùng bấc có tẩm vaseline và kháng sinh ép vào vùng đã đốt nhằm làm giảm sự hình thành vảy và hiện tượng viêm giúp làm lành vết thương nhanh hơn.

3.8. Đông lạnh (Cryotherapy)

Hicks (1971) cho thấy đây là phương pháp rất tốt trong việc cầm máu mũi ở nhiệt độ < 00C. Chester (1984) dùng một ống thông đưa vào mũi với một dòng nước lạnh để đông lạnh niêm mạc mũi. Bluestone (1967) điều trị chảy máu mũi sau nặng bằng cách đông lạnh toàn bộ mũi.

3.9. Nhét bấc mũi (Nasal Packing)

a. Nhét bấc mũi trước (Anterior Nasal Packing)

Bấc có tẩm Vaseline bề rộng $\frac{1}{4}$ inche (6,2 mm) nhét chặt vào hốc mũi theo phương pháp “vòng-đèn xếp” có thể kiểm soát chảy máu mũi sau. Trong trường hợp chảy máu nặng, để cầm máu tạm thời bằng cách chích lidocaine với 1:100.000 epinephrine hoặc 1:200,000 epinephrine

Trong trường hợp chảy máu do ung thư máu hoặc bệnh lý về máu các vật liệu cầm máu thường dùng như gelfoam sponge, surgical oxycel hoặc avitene rất hiệu quả. Thuốc xịt thrombin tẩm nhuộm vào gelfoam hoặc surgicel, avitene rất hữu ích trong việc cầm máu ngay từ đầu đối với chảy máu do bệnh lý về máu di truyền hoặc thủng vách ngăn và trong bệnh lý giảm tiểu cầu (thrombocytopenia).

b. Nhét bấc mũi sau (Posterior Nasal Packing)

Nhét bấc mũi trước không cầm máu được cần thực hiện nhét bấc mũi sau.

Nhét bấc mũi sau thường phối hợp với nhét bấc mũi trước vì vậy các biến chứng thường rất phức tạp.

Trong trường hợp chấn thương sọ não, máu vẫn tiếp tục chảy sau khi nhét bấc mũi sau, thậm chí 2 bên, trường hợp này có thể có tổn thương động mạch cảnh trong.

Nếu sau khi nhét bắc mũi trước mà vẫn còn chảy máu, cần rút bắc ra tạm thời, phong bế lỗ khẩu cái lớn bằng thuốc tê.

Sau khi nhét bắc thường có tình trạng giảm pO₂ máu, khô họng, ù tai . . . vì vậy cần thiết thở bằng O₂, truyền dịch và xông họng.

Bắc được lưu lại từ 3-5 ngày. Phương pháp rút bắc đi theo chiều ngược lại với nhét bắc, tức là phân nhét sau cùng được lấy ra trước.

3.10. Phong bế lỗ khẩu cái lớn

Phong bế lỗ khẩu cái lớn để cầm máu động mạch bướm khẩu cái. Để tránh chích vào nội sọ hoặc trong ổ mắt, kim chích không được sâu quá 25mm trong ống khẩu cái lớn.

Bình thường lidocaine 1% hoặc 2% với epinephrine 1:100.000 hoặc 1:200.000 được dùng để chích với cơ chế làm co mạch máu vỡ.

3.11. Cầm máu bằng Merocel

Merocel có sẵn trên thị trường, dạng hình nẹp tương xứng với hố mũi, có khả năng hấp thu chất dịch và phồng lớn hơn nhiều so với kích cỡ ban đầu, nhờ vậy có khả năng cầm máu rất tốt. Thao tác đơn giản bằng cách banh mũi với Speculum, dưới ánh sáng đèn clar, đưa merocel vào hốc mũi theo chiều hướng lên trên và ra sau. Kiểm tra tình trạng chảy máu mũi sau đặt merocel. Nếu còn chảy có thể đặt thêm 1 merocel bên cạnh

4. PHẪU THUẬT (SURGERY)

Khoảng 4-8% các trường hợp nhét bắc mũi thất bại, không kiểm soát được chảy máu mũi sau. Flemming (1803) lần đầu tiên đã thắt động mạch cảnh chung để cầm chảy máu mũi.

- 4.1. Chinh hình vách ngăn/phẫu tích dưới niêm mạc (Septoplasty/Submucous Resection).
- 4.2. Thắt động mạch hàm trong (Internal Maxillary Artery Ligation)
- 4.3. Thắt động mạch bướm khẩu cái qua đường mũi (Transantral Sphenopalatine Artery Ligation)
- 4.4. Thắt động mạch hàm qua ổ mắt (Intraoral Ligation of the Maxillary Artery)
- 4.5. Thắt động mạch sàng trước và sàng sau (Anterior and Posterior Ethmoidal Artery Ligation)
- 4.6. Thắt động mạch cảnh ngoài (External Carotid Artery Ligation)
- 4.7. Thuyên tắc động mạch (Embolization)