

DOI: 10.58490/ctump.2024i76.2598

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG  
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ  
CHẢY MÁU MŨI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ  
VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ S.I.S CẦN THƠ NĂM 2022-2024**

*Lê Ngọc I<sup>1\*</sup>, Lâm Chánh Thi<sup>2</sup>*

*1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*

*\*Email: 21315510205@student.ctump.edu.vn*

*Ngày nhận bài: 05/5/2024*

*Ngày phản biện: 17/7/2024*

*Ngày duyệt đăng: 25/7/2024*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Chảy máu mũi là một trong những cấp cứu thường gặp nhất trong chuyên khoa Tai Mũi Họng, trong đó 6-10% trường hợp cần được can thiệp y khoa. Ngày nay biện pháp can thiệp nội mạch đang được áp dụng rộng rãi để chẩn đoán chính xác vị trí chảy máu, đặc tính mạch máu bị tổn thương, giúp cứu sống bệnh nhân khỏi tình trạng nguy kịch. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp mạch máu số hóa xóa nền và đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị chảy máu mũi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 trường hợp chảy máu mũi được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế S.I.S Cần Thơ từ tháng 6-2022 đến tháng 6-2024. **Kết quả:** Nam giới chiếm đa số 86,7%, nhóm tuổi 46-60 gặp nhiều nhất (43,3%). Nguyên nhân thường gặp bao gồm tăng huyết áp (50%), chưa rõ nguyên nhân (40%). Các hình thái bất thường về mạch máu trên DSA gồm có tăng sinh mạch máu (80%), vỡ động mạch (33,3%) hay giả phình động mạch (3,3%). Theo dõi tỷ lệ thành công sau 1 tuần là 100%, sau 1 tháng là 96,7%. **Kết luận:** Chảy máu mũi thường xảy ra ở nam giới, độ tuổi trung niên. Nguyên nhân gây chảy máu mũi thường gặp là tăng huyết áp và chưa rõ nguyên nhân. DSA giúp xác định chính xác vị trí điểm chảy ở nhiều trường hợp, hình thái mạch máu bị tổn thương và cho tỷ lệ thành công cao với 93,3% trường hợp thành công ngay lần đầu tiên làm tắc mạch, 100% bệnh nhân thành công sau 1 tuần và 96,7% sau 1 tháng.

**Từ khóa:** Chảy máu mũi, chụp mạch máu số hóa xóa nền, thuyên tắc mạch.

**ABSTRACT**

**STUDYING ON CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND  
EVALUATING THE RESULTS OF ENDOVASCULAR INTERVENTION  
FOR EPISTAXIS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL AND  
CAN THO S.I.S INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2022-2024**

*Le Ngoc I<sup>1\*</sup>, Lam Chanh Thi<sup>2</sup>*

*1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

*2. Can Tho Central General Hospital*

**Background:** Epistaxis is one of the most common emergencies in the Ear, Nose and Throat specialty but 6-10% of cases requiring treatment. Nowadays, endovascular intervention is being widely applied to accurately diagnose the location of bleeding spots, the characteristics of damaged blood vessels, save the patients from a life-threatening condition. **Objectives:** To describe the

*clinical, digital subtraction angiography's characteristics and evaluate the results of endovascular intervention for epistaxis. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study on 30 cases of epistaxis were doing endovascular intervention at Can Tho Central General Hospital and Can Tho S.I.S International General Hospital from June 2022 to June 2024. **Results:** Men accounted for the majority of 86.7%, the age group 46-60 was the most common (43.3%). Common causes were including hypertension (50%), idiopathic causes (40%). The DSA features revealed the anatomical lesions in detail with hypervascular (80%), arteriorrhage (33.3%), or pseudoaneurysm (3.3%). The success rates of embolization treatment after 1 week and 1 month were 100% and 96.7%, respectively. **Conclusions:** Epistaxis commonly occurred in men, middle-aged. The common causes of epistaxis were hypertension and idiopathic. DSA helped to locate the precise bleeding spots in many cases, the characteristics of damaged blood vessels and achieved a high success rate with 93.3% of cases that were successful in the first endovascular intervention. 100% of patients was succeeded after 1 week and 96.7% after 1 month.*

**Keywords:** Epistaxis, digital subtraction angiography (DSA), embolization.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi (CMM) có thể xảy ra ở bất kỳ độ tuổi nào, mức độ chảy máu từ nhẹ cho đến nguy hiểm và đe dọa tính mạng, tùy thuộc vào nguyên nhân và vị trí chảy máu mũi [1]. Khoảng 60% dân số có ít nhất một lần chảy máu mũi trong đời, trong đó khoảng 6% trường hợp cần được can thiệp y khoa [2].

Nhiều phương pháp cầm máu mũi đã được áp dụng như nhét mèche mũi, đốt điểm chảy máu, thắt động mạch cảnh ngoài... cho kết quả tốt trong nhiều trường hợp tuy nhiên vẫn còn những hạn chế nhất định [3]. Ngày nay nhờ sự tiến bộ của chuyên ngành Chẩn đoán hình ảnh, phương pháp can thiệp nội mạch cho phép xác định được vị trí tổn thương mạch máu, các dạng tổn thương của mạch máu (dạng túi phình, giả phình động mạch, mạch máu đang vỡ, mạch máu tăng sinh...), từ đó bơm vật liệu làm tắc mạch. Đây là một phương pháp ít tai biến, cho tỷ lệ cầm máu mũi thành công cao từ 80-100% tùy tác giả [4], [5].

Từ những ý nghĩa thực tiễn nêu trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp mạch máu số hóa xóa nền và đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị chảy máu mũi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân chảy máu mũi có can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế S.I.S Cần Thơ từ tháng 6-2022 đến tháng 6-2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu mũi và điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế S.I.S Cần Thơ với tiêu chuẩn can thiệp nội mạch: bệnh nhân chảy máu mũi tái phát từ hai lần trở lên mà các biện pháp khác không hiệu quả hoặc chảy máu mũi nặng với chỉ số Hematocrite dưới 25% do các nguyên nhân như tổn thương mạch máu (dị dạng động tĩnh mạch, phình mạch, giả phình mạch...), khối u (ác tính hoặc lành tính gây chảy máu), chấn thương, tắc mạch để hỗ trợ phẫu thuật (u xơ vòm, u mạch máu)...

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân chảy máu mũi nhưng không được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch. Bệnh nhân có chống chỉ định chụp mạch số hóa xóa nền và tắc mạch. Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa hoặc di truyền gây rối loạn đông cầm máu. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- **Cỡ mẫu:**

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu

$\alpha$ : xác suất sai lầm loại I, chọn  $\alpha = 0.05 \Rightarrow z = 1,96$

d= 0,06 mức sai số cho phép của nghiên cứu

p= 96,9% là tỷ lệ thành công sau tắc mạch lần 1 điều trị chảy máu mũi theo nghiên cứu của Lê Danh Ngọc và cộng sự năm 2018 [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chọn ra được 30 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn.

### - Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Giới tính, tuổi tác.

Đặc điểm lâm sàng: Nguyên nhân chảy máu mũi, mức độ chảy máu mũi.

Đặc điểm hình ảnh chụp mạch máu số hóa xóa nền: các động mạch bị tổn thương qua chụp DSA, hình thái tổn thương mạch máu trên DSA, chất liệu làm tắc mạch.

Đánh giá kết quả sau can thiệp nội mạch:

+ Phương pháp đánh giá: sau 1 tuần bệnh nhân được hẹn tái khám (khám lâm sàng, nội soi mũi kiểm tra, chụp DSA kiểm tra đối với những bệnh nhân nhập viện trở lại vì chảy máu mũi và có chỉ định can thiệp), sau 1 tháng bệnh nhân được liên hệ qua điện thoại.

+ Tiêu chí đánh giá:

Rất tốt: không chảy máu mũi tái phát, làm việc và sinh hoạt bình thường.

Tốt: chảy máu mũi tái phát ít giọt, tự cầm.

Xấu: chảy máu mũi tái phát và phải can thiệp như nhét mèche, nhập viện [4].

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phỏng vấn người bệnh, thu thập thông tin qua bệnh án nghiên cứu. Đánh giá kết quả sau can thiệp 1 tuần và 1 tháng về tỷ lệ tái phát.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để thực hiện thống kê và xử lý số liệu. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất, tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được phân tích bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Số liệu sẽ được trình bày dưới dạng các bảng.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Các bước tiến hành nghiên cứu đều dưới sự hướng dẫn của cán bộ hướng dẫn, sự cho phép của bác sĩ điều trị và đồng ý của bệnh nhân. Việc thực hiện chụp và làm tắc mạch tuân thủ đúng nguyên tắc vô trùng trong ngoại khoa. Số phiếu chấp thuận y đức: 22.111.HV-ĐHYDCT.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	26	86,7
	Nữ	4	13,3
Tuổi	≤ 30	3	10,0
	31-45	9	30,0
	46-60	13	43,3
	> 60	5	16,7

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số (86,7%). Các bệnh nhân có độ tuổi từ 25 đến 76 tuổi, tuổi trung bình là  $48,80 \pm 12,83$  tuổi, trong đó nhóm tuổi 46-60 thường xảy ra chảy máu mũi nhất chiếm 43,3%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp mạch máu số hóa xóa nền

Bảng 2. Nguyên nhân và mức độ chảy máu mũi

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân	Tăng huyết áp	15	50,0
	Bệnh về máu	1	3,3
	Bệnh về thận	1	3,3
	Khối u mạch máu	1	3,3
	Chưa rõ nguyên nhân	12	40,0
Mức độ	Nhẹ	0	0,0
	Trung bình	20	66,7
	Nặng	10	33,3

Nhận xét: Nguyên nhân thường gặp nhất là THA chiếm 50,0%, tiếp theo là CRNN chiếm 40,0%, ghi nhận 1 trường hợp giảm tiểu cầu (3,3%), 1 trường hợp suy thận mạn gây giảm tiểu cầu và THA (3,3%), 1 trường hợp khối u mạch máu đầu cuốn dưới (3,3%). Mức độ CMM đa số là trung bình chiếm 66,7%, không có trường hợp nào mức độ nhẹ.

Bảng 3. Hình thái tổn thương mạch máu trên DSA

Hình thái mạch máu	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng sinh mạch máu	24	80,0
Vỡ động mạch	10	33,3
Giả phình động mạch	1	3,3

Nhận xét: Qua chụp DSA cho thấy hình ảnh tăng sinh mạch máu (TSMM) nhiều nhất (80,0%), sau đó là vỡ động mạch (VĐM) chiếm 33,3% và 1 trường hợp giả phình động mạch (GPĐM).

Bảng 4. Chất liệu làm tắc mạch

Chất liệu	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Contour	11	36,7
Embozene	3	10,0
Histoacryl	12	40,0
Kết hợp	4	13,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Vật liệu tắc mạch được sử dụng nhiều nhất là dạng keo sinh học Histoacryl với 40,0%, sau đó là hạt nhựa Contour với 36,7%, ít dùng hơn là hạt Embozene (10,0%) hay vật liệu kết hợp (13,3%).

### 3.3. Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị chảy máu mũi

Bảng 5. Kết quả can thiệp nội mạch sau 1 tuần và 1 tháng

Kết quả	Sau 1 tuần	Sau 1 tháng
Rất tốt	27 (90,0%)	26 (86,7%)
Tốt	3 (10,0%)	3 (10,0%)
Xấu	0 (0,0%)	1 (3,3%)
Tổng	30 (100%)	

Nhận xét: Trước can thiệp 100% bệnh nhân CMM đều được nhập viện, sau 1 tuần làm tắc mạch thì tỷ lệ thành công (rất tốt+tốt) là 100%, sau 1 tháng tỷ lệ giảm xuống còn 96,7% do xuất hiện thêm 1 ca CMM tái phát phải nhập viện điều trị.

Bảng 6. Biểu chứng sau can thiệp nội mạch

Biểu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau mặt-thái dương	8	26,7%
Tê môi	4	13,3%
Nôn ói	1	3,3%
Mờ mắt	1	3,3%
Không	16	53,4%
Tổng	30	100%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân không có biểu chứng (53,4%), biểu chứng thường gặp nhất là đau vùng mặt-thái dương chiếm 26,7%, sau đó là tê môi (13,3%), nôn ói và mờ mắt đều gặp 1 trường hợp (3,3%).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

Bệnh nhân CMM đa số là nam chiếm 86,7%. Kết quả này tương đồng với tác giả Thân Thế Dũng với tỷ lệ nam giới chiếm 87,2% [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Minh với 94% là nam giới, chỉ 6% là nữ giới [4]. Điều này phù hợp với thực tế vì nam giới là đối tượng lao động chính trong gia đình, tham gia các hoạt động xã hội nhiều hơn nữ giới do đó nguy cơ chảy máu mũi cao hơn, đặc biệt khi có bệnh lý nền kèm theo.

CMM có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên tỷ lệ ở các độ tuổi khác nhau. Độ tuổi trung bình là  $48,80 \pm 12,83$  tuổi, nhóm tuổi thường xảy ra chảy máu mũi nhất là 46-60 tuổi chiếm 43,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Thân Thế Dũng khi tỷ lệ bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên chiếm đa số 51,4% [6]. Có sự khác biệt với tác giả Nguyễn Trọng Minh khi độ tuổi trung bình là 32,76 tuổi, 80% nhóm tuổi từ 25-35 tuổi, do nghiên cứu trên nguyên nhân thường gặp nhất là chấn thương, đây là nhóm đối tượng lao động và tham gia giao thông nhiều nên chủ yếu gặp ở nhóm tuổi trẻ hơn còn nguyên nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu do bệnh lý nền nên thường gặp ở nhóm tuổi trung niên [4].

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp mạch máu số hóa xóa nền

#### Đặc điểm lâm sàng

Nguyên nhân CMM thường gặp nhất là tăng huyết áp chiếm 50%, tiếp theo là CRNN chiếm 40%, tương đồng với tác giả Naamani K. cho tỷ lệ bệnh nhân CMM can thiệp nội mạch do THA là cao nhất (57,1%) [7]. Tác giả Sorour A. với nguyên nhân do THA thường gặp nhất (42,9%), kế đến là CRNN chiếm 29,6% [8]. Trong thực tế chúng tôi ghi nhận các trường hợp chảy máu do THA được điều trị ở chuyên khoa nội tim mạch là chính, huyết áp khó kiểm soát và bệnh nhân chảy máu tái phát nhiều lần mặc dù đã nhét mèche mũi trước hoặc sau nên được can thiệp nội mạch. Nhiều trường hợp CRNN vì khi bệnh nhập viện chúng tôi không xác định được nguyên nhân gây chảy máu, cũng như đã loại trừ các nguyên nhân khác qua hỏi bệnh, thăm khám và thực hiện các cận lâm sàng hỗ trợ.

Mức độ CMM trung bình chiếm đa số 66,7%, còn lại là mức độ nặng. Kết quả này khác biệt với các tác giả như Thân Thế Dũng khi tỷ lệ CMM nhẹ cao nhất chiếm 75,2% [6]. Tác giả Nguyễn Quốc Dũng cũng cho tỷ lệ mức độ nhẹ chiếm 85% [9]. Đa số CMM thường nhẹ và lành tính, còn đối với bệnh nhân được làm tắc mạch phần lớn CMM thường nghiêm

trọng, có thể kèm theo bệnh lý toàn thân, CMM khó cầm bằng các phương pháp khác, đây là một phương pháp điều trị xâm lấn, đòi hỏi kỹ thuật cao hơn. Không có mối liên quan giữa nguyên nhân CMM và mức độ CMM ( $p=0,308>0,05$ ).

#### **Đặc điểm hình ảnh chụp mạch máu số hóa xóa nền**

DSA không chỉ giúp chẩn đoán vị trí điểm chảy máu còn cho biết hình thái bất thường của tổn thương mạch máu khi chụp. Hình thái bất thường mạch máu hay gặp nhất là dạng TSMM với tỷ lệ 80%, sau đó là dạng VDM chiếm 33,3% với hình ảnh thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng mạch máu, 1 trường hợp ghi nhận GPDM chiếm 3,3% do mạch máu đã vỡ, máu thoát ra ngoài và tạo nên túi máu đang đập xuất phát từ nhánh của động mạch hàm (ĐMH). Trong đó, tổn thương xuất phát từ các nhánh của ĐMH chiếm tỷ lệ cao nhất 83,3%. Kết quả này tương đồng với các tác giả Lê Danh Ngọc khi tỷ lệ tổn thương ĐMH cao nhất (46,9%) [5]. Tác giả Naamani K. là 86,4% [7]. Tác giả Sorour A. là 84,7% do về mặt cấu trúc giải phẫu đa số các nhánh mạch máu trong hốc mũi đều xuất phát từ ĐMH, trong đó chủ yếu là các nhánh động mạch (ĐM) bướm khẩu cái và ĐM huyết răng trên [8]. Kế đến là tổn thương các nhánh ĐM môi trên và ĐM mũi ngoài xuất phát từ động mạch mặt (ĐMM) chiếm 80%. Ngoài ra, có 3 trường hợp tổn thương ĐM mắt, trong đó có 1 trường hợp có nhánh thông nối của ĐM mắt qua ĐM khứu giác, chúng tôi quyết định không can thiệp trên nhánh này để tránh nguy cơ mù mắt cho bệnh nhân và 2 trường hợp còn lại tổn thương ĐM sàng trước đều được tắc bằng keo sinh học Histoacryl.

Việc lựa chọn vật liệu gây tắc rất quan trọng và sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị, chất liệu phụ thuộc vào kích thước mạch máu, vị trí tổn thương và thời gian mong đợi của chất liệu. Các dạng tổn thương lớn thì đòi hỏi cần có các chất liệu cơ học và cứng như Coil hay bóng. Còn các dạng phân tử hay keo sinh học Histoacryl hoặc Gelfoam thì được dùng cho các bất thường mạch máu nhỏ [10]. Việc sử dụng việc sử dụng keo sinh học Histoacryl chiếm tỷ lệ cao nhất 40%, sau đó là chất liệu hạt nhựa Contour chiếm 36,7%. Contour và Embozene đều là các hạt nhựa thuộc loại vật liệu gây tắc mạch vĩnh viễn, các hạt có kích thước dưới 1mm ở dạng phân tử rất nhỏ, được sử dụng dưới dạng lỏng khi pha loãng với thành phần khác, Embozene là hạt có kích thước rất nhỏ 250-400  $\mu\text{m}$ , có khả năng phân bố xa nên thường dùng cho các mạch máu nhỏ nằm ở nhánh xa, Contour có kích thước lớn hơn 355-500  $\mu\text{m}$  nên thường được dùng cho mạch máu đầu gần. Trong khi đó keo sinh học Histoacryl gây tắc mạch máu lớn hơn nhưng có khả năng tái phát. Bốn trường hợp sử dụng vật liệu kết hợp thường dùng trong các trường hợp có bệnh cảnh mức độ phức tạp. Có mối liên quan giữa hình thái tổn thương và chất liệu tắc mạch ( $p=0,022<0,05$ ).

Vì vậy, chúng ta nên cân nhắc tùy theo các hình thái tổn thương khác nhau có thể dùng các chất liệu làm tắc mạch khác nhau nhưng vẫn đảm bảo là tuần hoàn bàng hệ của bệnh nhân đủ cấp máu bù cho bên bị tắc thông qua các vòng tuần hoàn bàng hệ qua vòng động mạch Willis hay từ động mạch cảnh ngoài và động mạch đốt sống.

#### **4.3. Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị chảy máu mũi**

Sau khi can thiệp nội mạch việc theo dõi bệnh nhân chảy máu tái phát và các biến chứng sau khi tắc mạch là điều rất quan trọng, không chỉ giúp theo dõi kết quả của việc can thiệp mà còn xử trí kịp thời cho bệnh nhân nếu có tái phát. Tỷ lệ thành công sau làm tắc mạch lần đầu tiên là 28/30 ca (93,3%), có 2 ca phải làm tắc mạch lần 2. Tác giả Naamani K. nghiên cứu trên 35 bệnh nhân được thuyên tắc mạch tỷ lệ thành công lần đầu tiên là

97,5% [7]. Tác giả Sorour A. thực hiện 98 ca cho tỷ lệ thành công 81,6% ( $p>0,05$ ) [8].

Trong vòng 1 tuần từ sau khi làm tắc mạch có 27 ca đạt kết quả rất tốt, 3 ca tốt, cả 3 trường hợp này đều chảy máu tái phát cùng bên trong tuần đầu, ít giọt và tự cầm, cho tỷ lệ thành công (rất tốt+tốt) là 100%. Sau 1 tháng theo dõi xuất hiện thêm 1 ca chảy máu tái phát phải nhập viện tiêm thuốc cầm máu, theo dõi thêm 3 ngày và cho xuất viện nên tỷ lệ thành công còn 96,7%. Kết quả này cao hơn nhưng thời gian theo dõi ngắn hơn so với các nghiên cứu khác như của tác giả Lê Danh Ngọc tỷ lệ thành công sau theo dõi 3 tháng, 6 tháng là 93,7% [5]. Tác giả Nguyễn Trọng Minh sau 6 tháng là 95,6%, sau 2 năm là 78,27% [4].

Sau 1 tháng theo dõi thì biến chứng thường gặp nhất là đau vùng mặt-thái dương chiếm 26,7%, sau đó là tê vùng môi (13,3%) do giảm lưu lượng máu cung cấp cho các mô thần kinh, các bệnh nhân đều giảm trong vòng 5 ngày và hết sau 10 ngày kể từ lúc làm tắc mạch, tương đồng với tác giả Naamani K. với biến chứng chủ yếu là đau vùng mặt-mũi 20% [7]. Nôn ói do tác dụng phụ sau khi bơm chất cản quang, người bệnh tự khỏi và không kèm yếu liệt. Mờ mắt cùng bên tắc mạch do can thiệp vào nhánh ĐM sàng trước, bệnh nhân này hồi phục 80% thị lực trong vòng 3 tuần. Không có mối liên quan giữa biến chứng sau can thiệp và vật liệu dùng thuyên tắc mạch ( $p=0,055>0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân CMM đa số là nam giới. Độ tuổi trung bình là  $48,80\pm 12,83$  tuổi, nhóm tuổi thường xảy ra CMM nhất là 46-60 tuổi. Nguyên nhân thường gặp nhất là tăng huyết áp (50%), tiếp theo là CRNN (40%). Mức độ CMM trung bình chiếm đa số. Hình thái bất thường hay gặp nhất khi chụp DSA là dạng TSMM, chủ yếu tổn thương từ các nhánh của ĐMH. Việc sử dụng keo sinh học Histoacryl để tắc mạch chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ thành công sau 1 tuần là 100%, sau 1 tháng là 96,7%, đa số bệnh nhân không có biến chứng. Từ đó cho thấy tầm quan trọng của can thiệp nội mạch trong điều trị CMM, không chỉ xác định chính xác vị trí chảy máu, khảo sát hình thái tổn thương, mà còn áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch giúp cầm máu mũi hiệu quả, an toàn, cho tỷ lệ thành công cao, đặc biệt những trường hợp chảy máu nhiều khó kiểm soát hoặc tái phát nhiều lần không hiệu quả khi dùng các phương pháp khác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Quahtani A., Haidar Hassan, Larem Aisha. Textbook of Clinical Otolaryngology. Springer. 2021. 347-354.
2. Wojak J. C. Endovascular treatment of Epistaxis. *Seminars in Interventional Radiology*. 2020. 37(2), 150-156. DOI: 10.1055/s-0040-1709156.
3. Tunkel D. E., Anne S., Payne S. C., Ishman S.L., Rosenfeld R.M., et al. Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis). *Otolaryngol Head Neck Sur*. 2020. 162(1), 1-38. DOI: 10.1177/0194599819890327.
4. Nguyễn Trọng Minh, Trần Minh Trường, Võ Tấn. Chẩn đoán và góp phần điều trị chảy máu mũi tái phát nặng bằng kỹ thuật chụp mạch số hóa xóa nền. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2009. 14-16.
5. Lê Danh Ngọc, Trần Minh Trường. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chảy máu mũi nặng và đánh giá điều trị can thiệp nội mạch tại khoa tai mũi họng bệnh viện chợ rẫy qua 32 trường hợp. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2018. 22(1), 129-133.
6. Thân Thế Dũng, Thân Văn Thương. 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 tháng 12/2022. *Tạp chí Y Học Quân*

- str. 2023. 366(3), DOI: <https://doi.org/10.59459/1859-1655/JMM.308>.
7. Naamani K. El, Morse C., Ghanem M., Barbera J., Amllay A., et al. Endovascular Embolization for Epistaxis: A single center Experience and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2023. 12(22), 6958-6995, DOI: 10.3390/jcm12226958.
  8. Sorour A., Schwager K., Hofmann E. Endovascular intervention in treatment of refractory epistaxis. *Stage open Medicine*. 2023. 11(4), DOI: 10.1177/20503121231170478.
  9. Nguyễn Quốc Dũng, Trần Phương Nam, Lê Chí Thông, Phan Ngô Huy, Nguyễn Ngọc Hưng. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và xử trí chảy máu mũi tại Khoa Tai Mũi Họng-Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y Dược học*. 2015. 24(2), 66-69, DOI: 10.34071/jmp.2014.6.9.
  10. Chiriac A., Baldof J., Dobrin N., Poeata I. Embolic materials for cerebral endovascular therapy. *Romanian Neurosurgery*. 2010. 17(2), 171-181, DOI: <https://journals.lapub.co.uk/index.php/roneurosurgery/article/view/457>.

DOI: 10.58490/ctump.2024i76.2597

## NGHIÊN CỨU KIẾN THỨC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH SÓC TRĂNG NĂM 2023-2024

Lư Út Đào\*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\* Email: [ludeobs71@gmail.com](mailto:ludeobs71@gmail.com)

Ngày nhận bài: 05/5/2024

Ngày phản biện: 25/6/2024

Ngày duyệt đăng: 25/7/2024

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh thận mạn là vấn đề sức khỏe toàn cầu, số bệnh nhân bị bệnh thận mạn ngày càng gia tăng. Nâng cao kiến thức của người bệnh tăng lên góp phần nâng cao kết quả điều trị, làm chậm tiến triển bệnh thận đến giai đoạn cuối. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định kiến thức và các yếu tố liên quan đến bệnh thận mạn đang điều trị ngoại trú tại Bệnh Viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng, năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang mô tả có phân tích trên 429 bệnh nhân bệnh thận mạn đang được điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2023-2024. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức chung đúng là 40,6%. Nghiên cứu tìm thấy được mối liên quan giữa: trình độ học vấn  $OR=4,261$  (KTC 95%: 1,866-9,731), nghề nghiệp  $OR=2,739$  (KTC 95%: 1,102-6,805), nơi ở  $OR=3,248$  (KTC 95%: 1,628-6,479) với kiến thức bệnh thận mạn của bệnh nhân bệnh thận mạn đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng. **Kết luận:** Tỷ lệ kiến thức của bệnh nhân bệnh thận mạn ở mức rất thấp. Nhằm nâng cao kết quả điều trị góp phần làm chậm tiến triển của bệnh nhân bệnh thận mạn, bệnh viện cần quan tâm đẩy mạnh các kế hoạch, chương trình truyền thông, tư vấn, tập huấn cho bệnh nhân bệnh thận mạn, góp phần nâng cao kiến thức cho người bệnh hướng đến nâng cao kết quả điều trị.

**Từ khóa:** Bệnh thận mạn, kiến thức bệnh thận mạn, bệnh nhân bệnh thận mạn, bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng.