

Bài 7 CHẢY MÁU MŨI

1. Đại cương

Chảy máu mũi là tai biến thường gặp trong sinh hoạt hằng ngày, bao gồm tất cả các trường hợp máu chảy từ mũi ra ngoài hoặc xuống họng. 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 nhanh, xử trí cầm máu kịp thời.

Khoảng 60% trên tổng số người trưởng thành có ít nhất một lần chảy máu mũi, nhưng chỉ khoảng 6% đến bác sỹ. Chảy máu mũi hay gặp ở mùa khô do độ ẩm không khí giảm, có ảnh hưởng đến sinh lý niêm mạc mũi.

Mũi có dạng hình tháp, nằm gồ cao giữa mặt, dễ bị đụng chạm và chấn thương. Mũi được nuôi dưỡng bởi hai mạch máu chính.

1.1. Động mạch bướm khẩu cái (thuộc động mạch cảnh ngoài)

Động mạch cảnh ngoài cho nhánh bên là động mạch hàm trong. Sau khi đi qua hố chân bướm hàm, động mạch hàm trong cho nhánh tận là động mạch bướm khẩu cái. Tại lỗ bướm khẩu cái, động mạch này phân thành hai nhánh nhỏ:

- Nhánh ngoài: nuôi cuốn giữa và cuốn dưới.
- Nhánh trong: nuôi cuốn trên và vách ngăn.

1.2. Động mạch sàng trước và sau (thuộc động mạch cảnh trong)

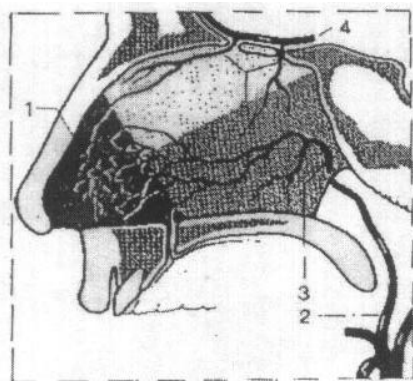
Động mạch cảnh trong cho động mạch mắt. Sau khi đi qua lỗ thị vào ổ mắt, động mạch mắt cho hai nhánh bên là động mạch sàng trước và động mạch sàng sau, chui qua mảnh sàng xuống nuôi phần trước của mũi.

Hai động mạch bướm khẩu cái và động mạch sàng đan xen với nhau tạo thành một lưới mao mạch (ở phần trước dưới của vách ngăn hai bên hốc mũi) gọi là điểm mạch Kisselbach, đây là nơi rất dễ chảy máu mũi.

2. Phân loại chảy máu

2.1. Theo số lượng máu chảy

- Chảy máu nhẹ: máu đỏ tươi nhỏ từng giọt, số lượng ít hơn 100ml, thường ở điểm mạch.
- Chảy máu vừa: máu chảy thành dòng ra ngoài cửa mũi hoặc chảy xuống họng, số lượng từ 100 - 200ml.
- Chảy máu nặng: máu chảy nhiều kéo dài, bệnh nhân có thể ở trong trạng thái kích thích, hốt hoảng, vã mồ hôi, môi mặt xanh nhợt, mạch nhanh huyết áp hạ, số lượng máu mất nhiều hơn 200 ml.



Hình 21: Các mạch máu nuôi dưỡng hốc mũi

1. Điểm mạch Kisselbach

2. Động mạch mắt

3. Động mạch bướm khẩu cái

4. Động mạch sàng

2.2. Theo vị trí

- Chảy máu ở điểm mạch Kisselbach: chảy máu ít, có xu hướng tự cầm, thường gặp viêm tiền đình mũi, trẻ em hay ngoáy mũi

- Chảy máu mao mạch: toàn bộ niêm mạc mũi rỉ máu, gặp ở những bệnh nhân bị bệnh về máu như bệnh ưa chảy máu, bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn...

- Chảy máu động mạch: chảy máu ở động mạch sàng trước, động mạch sàng sau, động mạch bướm khẩu cái... chảy máu nhiều không tự cầm, thường chảy ở sâu và cao.

3. Nguyên nhân chảy máu mũi

3.1. Nguyên nhân tại chỗ

3.1.1. Do viêm nhiễm tại chỗ: viêm mũi xoang cấp, viêm loét ở mũi, dị vật mũi...

3.1.2. Do khối u

- U lành tính: polype mũi thể chảy máu (polype killian), u mạch máu ở mũi, u xơ vòm mũi họng

- U ác tính: ung thư sàng hàm, ung thư vòm mũi họng, u ác tính ở mũi

3.1.3. Do chấn thương: chấn thương mũi đơn thuần như gãy xương chính mũi, gãy sụn vách ngăn hay chấn thương vùng mặt gây vỡ xoang hàm, vỡ xoang trán hoặc gãy xương hàm trên theo kiểu Lefort I, II, III... hoặc chấn thương sọ não.

3.1.4. Sau phẫu thuật tai mũi họng- hàm mặt:

Các phẫu thuật ở hốc mũi và hàm mặt đều có thể gây chảy máu mũi.

3.2. Nguyên nhân toàn thân

3.2.1. Bệnh nhiễm khuẩn ký sinh trùng: cúm, thương hàn, sốt xuất huyết, sốt vàng da xoắn trùng...

3.2.2. Bệnh về máu: bạch cầu cấp, xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn (bệnh werlhof), rối loạn đông chảy máu như Hemophilie, giảm tỉ prothrombine, bệnh xuất huyết Schoenlein- Henoch, bệnh dẫn mao mạch Rendu-Osler

3.2.3. Bệnh tim mạch: cao huyết áp, xơ động mạch

3.2.4. Suy chức năng gan, thận, xơ gan

3.2.5. Nội tiết: chảy máu trong thời kỳ kinh nguyệt, trong thời kỳ mang thai, u tế bào ưa crome, rối loạn nội tiết tăng trưởng ở trẻ trai.

3.3. Vô căn:

Theo tài liệu nghiên cứu tại Việt Nam, khoảng 70% số bệnh nhân chảy máu mũi là vô căn (không tìm thấy nguyên nhân)

4. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Công thức máu, máu chảy, máu đông

- Chức năng đông máu toàn bộ

- Công thức tiểu cầu

- Chức năng gan

- Huyết đồ, tuỷ đồ

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán chảy máu mũi rất cần thiết cho vấn đề điều trị, cần dựa vào một số đặc điểm:

- Chảy từ điểm mạch Kisselbach hay gặp nhất, chiếm khoảng 90%, thường chảy ra cửa mũi trước, chảy ít hoặc vừa, dễ cầm máu, ít nguy hiểm.
- Chảy từ phần sau, từ khe trên và khe giữa chỉ chiếm khoảng 10%, thường do tiểu động mạch hoặc động mạch, chảy tương đối nhiều, Chảy máu ra cửa mũi trước và sau, đôi khi bệnh nhân nuốt máu vào dạ dày rồi nôn ra, gây mệt lã, lo lắng, hốt hoảng, nếu không xử trí kịp thời có thể nguy hiểm đến tính mạng.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

Những bệnh nhân chảy máu nhiều phải khám trong tư thế nằm, đôi khi rất khó khăn, phải khám đi khám lại nhiều lần mới thấy. Tuy máu chảy ra từ cửa mũi trước nhưng không phải chảy tại mũi mà máu chỉ đi qua mũi như:

- Máu chảy từ họng - thanh quản sặc lên mũi như khối u lành hay ác tính gây chảy máu, sau phẫu thuật vùng họng như cắt amidan...
- Từ phổi sặc qua mũi: chảy máu do lao phổi, u máu
- Từ vỡ tĩnh mạch thực quản gây nôn, sặc lên mũi: xơ gan, bệnh tăng áp lực tĩnh mạch cửa
- Từ vỡ các động mạch tầng giữa đáy sọ như các nhánh của động mạch cảnh trong hoặc chảy từ vòi Eustache do chấn thương tai giữa, vỡ xương đá

6. Cách xử trí chảy máu mũi

Trước một bệnh nhân chảy máu mũi, việc đầu tiên là phải cầm máu, sau đó mới tìm nguyên nhân. Đối với những trường hợp chảy máu nặng phải chú ý đến tình trạng toàn thân của bệnh nhân (theo dõi sát mạch, huyết áp)

6.1. Điều trị toàn thân.

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi yên tĩnh, ngồi hoặc nằm đầu cao, há miệng để nhỏ máu ra.
- Truyền dịch nếu có trụy mạch huyết áp.
- Truyền máu nếu Hb hạ dưới 50%, truyền máu là một biện pháp tích cực, đặc biệt trong trường hợp chảy máu nặng, tốt nhất là truyền máu tươi liều nhỏ (100ml) nhiều lần.
- Corticoid: nếu không có chống chỉ định dùng corticoid, phần lớn các tác giả đều cho rằng sử dụng corticoid trong chảy máu là cần thiết, thường dùng tiêm tĩnh mạch như depersolone.
- Kháng sinh: đề phòng xuất tiết ứ đọng sẽ gây viêm nhiễm ở mũi và các bộ phận kế cận
- Thuốc đông máu: làm tăng vững bền thành mạch, giảm thời gian chảy máu như Adrenoxyl, Premarin... hoặc trực tiếp làm đông máu như Vitamin K, Sulfate de protamine.

6.2. Điều trị tại chỗ. Cầm máu tại chỗ được thực hiện từ đơn giản đến phức tạp theo các bước sau:

6.2.1. Đè ép cánh mũi vào vách mũi: dùng hai ngón tay bóp nhẹ cánh mũi ép vào vách ngăn tương ứng điểm mạch Kisselbach trong vài phút, áp dụng trong trường hợp chảy máu ít, chảy máu ở điểm mạch Kisselbach.

6.2.2. Dung dịch cầm máu: dùng bông có tẩm dung dịch cầm máu như oxy già 12 thể tích, éphedrin 1%-3% đè lên chỗ chảy.

6.2.3. Hạt trai Nitrat Bạc ($AgNO_3$): dùng một que châm đầu tù nung đỏ ở đầu, chấm vào dung dịch $AgNO_3$ đậm độ 5%, muối bạc sẽ chảy ra và đọng lại thành một hạt nhỏ óng ánh ở đầu que châm, dí hạt trai vào chỗ đang chảy máu.

6.2.4. Nhét mechè mũi trước: sau khi gây tê hốc mũi, dùng cuộn mechè có bề rộng 1-1,5cm, bề dài 50cm tẩm mở kháng sinh hoặc dầu parafin nhét vào mũi, chú ý nhét có hình đáy võng để mechè không bị tụt xuống thành sau họng, nhét chặt từ sau ra trước cho tới khi đầy ra tận cửa mũi trước. Dùng đèn lưỡi kiểm tra xem máu có chảy xuống thành sau họng hay không, nếu không thấy chảy xuống là tốt.

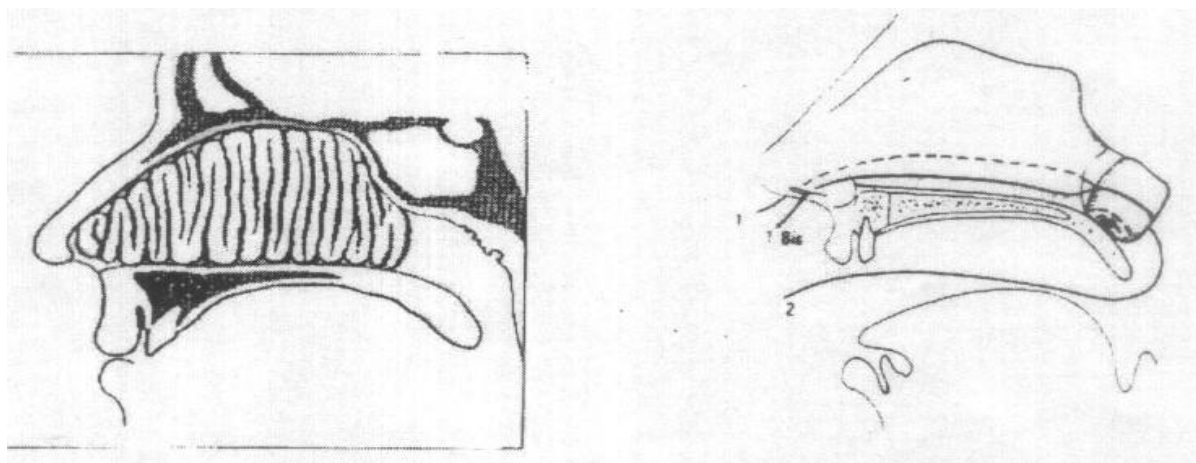
Thời gian lưu mechè: 24 - 48 giờ.

Những trường hợp chảy máu nhiều do chấn thương, cao huyết áp...nếu nhét mechè mũi trước không thành công, cần phải nhét mechè mũi sau

6.2.5. Nhét mechè mũi sau: dùng cục gạc bịt kín cửa mũi sau để ngăn không cho máu chảy xuống thành sau họng. Vì vậy phải sử dụng cục gạc to tương ứng với vòm mũi họng, đường kính cục gạc khoảng 2-2,5cm, chiều cao 2,5cm có buột dây ở giữa, mỗi đầu dài 30cm. Sau khi bịt kín được cửa mũi sau, ta tiếp tục nhét mechè mũi trước.

Mechè mũi sau lưu lại khoảng 48-72 giờ, trong thời gian này phải điều trị kháng sinh.

Những trường hợp chảy máu mao mạch, nhất là ở trẻ em, có thể dùng các loại protein tự tiêu có tác dụng cầm máu như spongel (gélaspon). Hiện nay ở nhiều nước, người ta dùng Merocel là một loại bột sốp có hình hồ mũi. Khi cho vào mũi, tưới nước, nó nở căng to ôm khít lòng hồ mũi, máu cầm ngay mà bệnh nhân không đau. Hoặc làm bong bóng cao su cho vào mũi rồi bơm căng, lúc lấy ra chỉ cần xì hơi, rất tiện.



Hình 22. Nhét mechè mũi trước, nhét mechè mũi sau

6.2.6. Thắt động mạch:

Nếu các cách cầm máu trên không làm máu ngừng chảy, ta có thể thắt các động mạch sau: động mạch cảnh ngoài, động mạch hàm trong, động mạch sàng trước, động mạch sàng sau.

Ngày nay dùng đông điện dưới sự hướng dẫn của nội soi để cầm máu đã được áp dụng rộng rãi. Các động mạch có thể được gây tắc mạch qua thông mạch chọn lọc đem lại kết quả tốt.

6.3.Điều trị nguyên nhân: sau khi đã cầm máu tại chỗ, cần tìm nguyên nhân để điều trị.