

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ NỘI SOI ĐÔNG ĐIỆN ĐỘNG MẠCH BƯỚM KHẨU CÁI TẠI LỖ ĐỘNG MẠCH BƯỚM KHẨU CÁI TRONG ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU MŨI

Phan Hữu Ngọc Minh<sup>1,2</sup>, Trương Hữu Thành<sup>1</sup>, Hoàng Phước Minh<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Bộ môn Tai Mũi họng, Trường Đại học Y - Dược Huế, Đại học Huế

<sup>2</sup>Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nội soi đông điện động mạch bướm khẩu cái tại thân chính động mạch bướm khẩu cái giúp tăng tỉ lệ thành công, rút ngắn thời gian phẫu thuật và giảm tỉ lệ tái phát. Đề tài này khảo sát đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị điều trị chảy máu mũi sau bằng nội soi đông điện động mạch bướm khẩu cái.

**Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu loạt ca lâm sàng gồm 31 bệnh nhân chảy máu mũi sau được điều trị bằng nội soi đông điện động mạch bướm khẩu cái tại Khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

**Kết quả:** Độ tuổi trung bình 50,1 ± 14,0. Nam giới chiếm (71%) với 22 trường hợp. 100% chảy máu mũi từ 2 lần trở lên. Trước phẫu thuật 15 bệnh nhân được nhét mèche mũi trước (48,4%). Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 72 phút, 19,4% bệnh nhân được chỉnh hình vách ngăn. Mào sàng được bộc lộ ở 100% trường hợp, 6,5% có lỗ BKC phụ. Động mạch BKC chia 2 nhánh ở 83,9%, 1 thân chung (12,9%) và 3 nhánh (3,2%). Sau 1 tháng phẫu thuật, kiểm soát chảy máu đạt 93,5%, tái phát 6,5%, viêm mũi xoang cấp (12,9%), đau nhức vùng mặt (6,5%), tê bì khẩu cái (3,2%).

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đông điện động mạch bướm khẩu cái là phương pháp an toàn, hiệu quả, tỉ lệ thành công cao.

**Từ khóa:** Chảy máu mũi, động mạch bướm khẩu cái, nội soi đông điện.

### ABSTRACT

#### EVALUATION OF ENDOSCOPIC ELECTROCAUTERIZATION OF THE SPHENOPALATINE ARTERY IN THE MANAGEMENT OF POSTERIOR EPISTAXIS

Phan Huu Ngoc Minh<sup>1,2</sup>, Truong Huu Thanh<sup>1</sup>, Hoang Phuoc Minh<sup>1,2</sup>

**Background:** Endoscopic sphenopalatine artery cauterization (ESFC) at the main trunk improves hemostasis, shortens operative time, and lowers recurrence in posterior epistaxis. This study evaluate clinical features and outcomes of posterior epistaxis managed with ESFC.

**Methods:** A case series of 31 patients with recurrent posterior epistaxis underwent endoscopic bipolar cauterization of the sphenopalatine artery at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital.

**Results:** Mean age was 50.1 years, 71% were male. All had ≥ 2 bleeding episodes, 48.4% had prior anterior packing. Mean operative time was 72 minutes, septoplasty was performed in 19.4%. Complete exposure of the sphenopalatine foramen was achieved in all cases, 6.5% had an accessory foramen. The SPA bifurcated in 83.9%. At one month, hemostasis was achieved in 93.5%, recurrence in 6.5%. Complications included acute rhinosinusitis (12.9%), facial pain (6.5%), and palatal numbness (3.2%).

**Conclusion:** ESFC is a safe, effective, and minimally invasive option for recurrent posterior epistaxis with high success and low morbidity.

**Keywords:** Epistaxis, sphenopalatine artery, endoscopic electrocauterization.

Ngày nhận bài: 27/9/2025. Ngày chỉnh sửa: 06/02/2026. Chấp thuận đăng: 10/02/2026

Tác giả liên hệ: Phan Hữu Ngọc Minh. Email: phnminh@huemed-univ.edu.vn. ĐT: xxxx

## Đánh giá hiệu quả nội soi đông điện động mạch bướm khâu cái...

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu mũi là tình trạng cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành tai mũi họng [1]. Về phân loại lâm sàng, chảy máu mũi được chia thành chảy máu mũi trước và chảy máu mũi sau. Động mạch bướm khâu cái chia 2 nhánh khi đi qua lỗ bướm khâu cái, cung cấp máu cho phần lớn vùng hốc mũi bao gồm cuốn mũi giữa, cuốn mũi dưới và vách ngăn sau. Đây chính là nguồn gốc chảy máu của khoảng 80% tổng số các ca chảy máu mũi sau, vốn chỉ chiếm 10% toàn bộ bệnh nhân chảy máu mũi [1]. Sự ra đời và phát triển của phẫu thuật nội soi đã mở ra nhiều phương pháp can thiệp mới, trong đó kỹ thuật đông điện động mạch bướm khâu cái được chứng minh có hiệu quả vượt trội trong kiểm soát chảy máu mũi sau cũng như chảy máu tái diễn [2]. Tuy nhiên, việc tiếp cận và kiểm soát đầy đủ thân và các nhánh động mạch này không đơn giản do sự đa dạng giải phẫu và sự hiện diện của nhiều biến thể [3]. Wirach Chitsuthipakorn và cộng sự (2020) đã mô tả kỹ thuật đông điện trực tiếp tại thân chính của động mạch ngay vị trí lỗ động mạch bướm khâu cái. Cách tiếp cận này được ghi nhận là có thể nâng cao tỉ lệ thành công, giảm thời gian phẫu thuật và hạn chế nguy cơ tái phát [4]. Tuy nhiên, phương pháp này chưa được triển khai rộng rãi tại nhiều cơ sở lâm sàng trong nước. Do đó, việc nghiên cứu, đánh giá hiệu quả và khả năng ứng dụng của kỹ thuật này trong điều trị chảy máu mũi sau là cần thiết,

nhằm gia tăng tỷ lệ thành công và hạn chế tái phát. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu: (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng bệnh nhân chảy máu mũi sau. (2) Đánh giá kết quả điều trị chảy máu mũi sau bằng nội soi đông điện động mạch bướm khâu cái.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

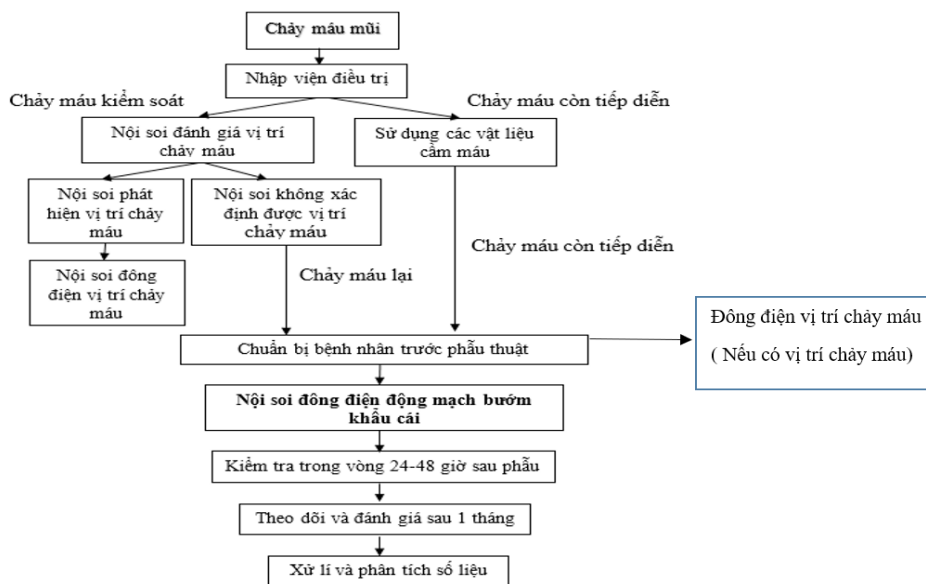
Nghiên cứu mô tả, tiến cứu có can thiệp lâm sàng.

#### 2.2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Tổng số 31 bệnh nhân chảy máu mũi được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đông điện động mạch bướm khâu cái, tại Khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 3/2022 đến tháng 3/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân chảy máu mũi sau; Bệnh nhân chảy máu mũi tái diễn ( $\geq 3$  lần), không phát hiện điểm chảy máu qua nội soi mũi; Bệnh nhân chảy máu mũi được xử trí cầm máu mũi trước thất bại; Bệnh nhân chảy máu mũi được xử trí cầm máu mũi trước, sau rút chảy máu trở lại trong vòng 24 - 48 tiếng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chảy máu mũi sau phẫu thuật; Bệnh nhân chảy máu mũi thứ phát do khối u lành tính hoặc ác tính; Bệnh nhân chảy máu mũi thứ phát sau chấn thương; Bệnh nhân chảy máu mũi do các bệnh lý toàn thân chưa được điều trị ổn định.



Sơ đồ 1: Cách thức tiến hành

## Đánh giá hiệu quả nội soi đông điện động mạch bướm khẩu cái...

### 2.3. Phương pháp tiến hành

Tất cả bệnh nhân được áp dụng phương pháp vô cảm gây mê nội khí quản, tư thế bệnh nhân Trendelenburg ngược với đầu cao 15°. Điều này giúp kiểm soát huyết áp và lưu lượng máu, từ đó cải thiện khả năng quan sát trong quá trình thực hiện phẫu thuật [5].

Các điểm lưu ý khác biệt trong phẫu thuật nội soi đông điện động mạch bướm khẩu cái tại vị trí lỗ động mạch so với phương pháp thắt động mạch bướm khẩu cái thường quy:

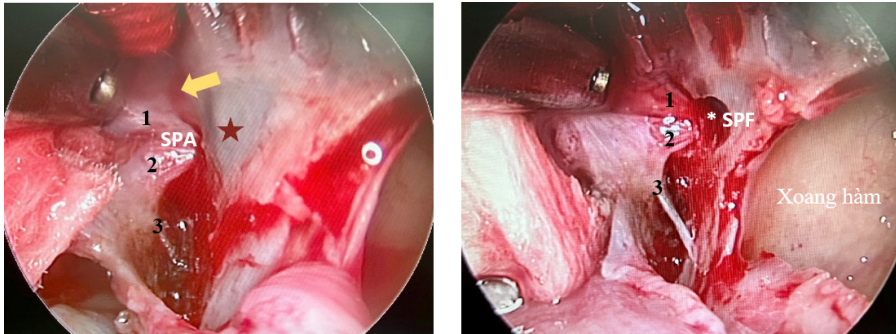
- Mở rộng lỗ thông xoang hàm cho đến thành sau xoang hàm, đây được xem là một trong những mốc giải phẫu để tìm kiếm động mạch bướm khẩu cái và đường đi của động mạch hàm trong đi qua lỗ bướm khẩu cái.

- Bóc tách vật niêm mạc tại vị trí chỗ nối giữa xoang hàm và xương khẩu cái, cho đến khi bộc lộ mào sàng (Hình 1a).

- Dùng kèm Kerrison lấy bỏ mào sàng và mỏm ổ mắt của xương khẩu cái, bộc lộ rõ động mạch bướm khẩu cái và đường đi của động mạch khi chạy qua lỗ động mạch bướm khẩu cái và hố chân bướm khẩu cái (Hình 1b).

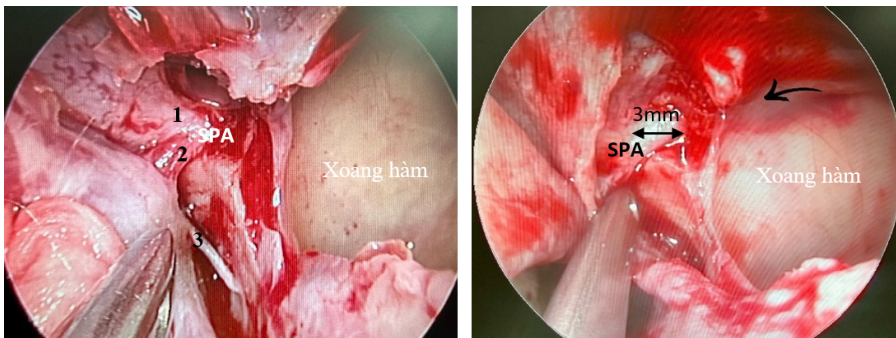
- Tiếp tục bóc tách theo thân chính của động mạch BKC theo hướng vào lỗ động mạch bướm khẩu cái ít nhất 3mm cho đến khi quan sát hết được thân động mạch và sự chia nhánh của thân động mạch bướm khẩu cái (Hình 2).

- Dùng bipolar đông điện thân động mạch bướm khẩu cái ngay tại vị trí lỗ động mạch bướm khẩu cái, trước khi chia nhánh, cho đến khi đông điện hoàn toàn (Hình 3).



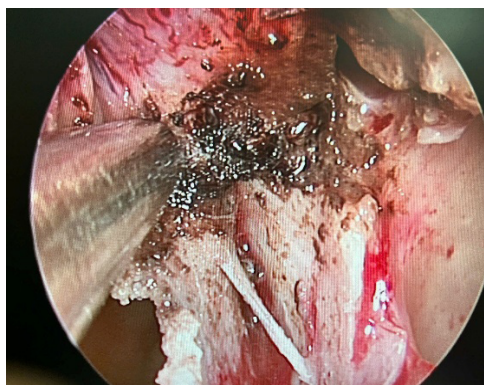
**Hình 1:** Mào sàng (mũi tên) và các nhánh của động mạch bướm khẩu cái bộc lộ được (1a)

- Sau khi lấy bỏ mào sàng, thấy được lỗ động mạch bướm khẩu cái (1b). SPA - Sphenopalatine Artery; Động mạch bướm khẩu cái; SPF - Sphenopalatine Foramen: Lỗ động mạch bướm khẩu cái



**Hình 2.** Bộc lộ rõ thân động mạch bướm khẩu cái tại lỗ động mạch bướm khẩu cái và đường đi của động mạch ở thành sau xoang hàm trước khi chui ra lỗ động mạch bướm khẩu cái (theo hướng mũi tên)

## Đánh giá hiệu quả nội soi đông điện động mạch bướm khâu cái...



**Hình 3:** Thân chính động mạch được đông điện

### 2.4. Theo dõi sau mổ và ghi nhận biến chứng

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: Các tai biến xảy ra trong khi phẫu thuật; Tình trạng chảy máu trong và quanh phẫu thuật; Theo dõi sát tình trạng toàn thân (Mạch, nhiệt, huyết áp) và tình trạng chảy máu sau phẫu thuật.

Tiến hành kiểm tra mũi kiểm tra hiệu quả cầm máu trong vòng sau phẫu thuật 48 giờ..

Theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng: Tình trạng chảy máu; Các biến chứng có thể xảy ra; Hình ảnh nội soi mũi

### 2.5. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định lượng được mô tả trung bình ( $\bar{X}$ ) và độ lệch chuẩn (SD). Các biến số định tính được mô tả số lượng (n) và tỷ lệ phần trăm (%).

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chảy máu mũi sau

Độ tuổi dao động từ 18 đến 81 tuổi với độ tuổi trung bình  $50.1 \pm 14$ . Nam giới chiếm đa số (71%) với 22 trường hợp. Tiền sử tăng huyết áp gặp ở 20 trường hợp (64.5%). Các bệnh nhân vào viện 100% chảy máu mũi từ 2 lần trở lên. Điều trị trước phẫu thuật phổ biến nhất là nhét mèche mũi trước (48.4%), có 13 trường hợp (41.9%) chảy máu mũi tự cầm ở bệnh nhân, sau đó có các đợt tái phát (Bảng 1).

**Bảng 1:** Đặc điểm chung

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	P
Giới	Nam	22	71	p < 0,05
	Nữ	9	29	
Tuổi	Trung bình	50 ± 14		
	Nhỏ nhất	18		
	Lớn nhất	81		
Tiền sử tăng huyết áp				
Có		20	64,5	p < 0,05
Không		11	35,5	
Tổng		31	100	
Số lần chảy máu mũi				
2		6	19,4	p < 0,05
3		7	22,6	
4		6	19,4	
5		3	9,6	
> 5		9	29	
Tổng		31	100	

**Đánh giá hiệu quả nội soi đông điện động mạch bướm khâu cái...**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	P
Số lần chảy máu mũi ít nhất		2	
Số lần chảy máu mũi nhiều nhất		11	
Can thiệp trước phẫu thuật			
Mèche mũi trước	15	48,4	p < 0,05
Không hoặc đè ép cánh mũi	13	42	
Mèche mũi sau	1	3,2	
Đông điện	1	3,2	
Mèche và đông điện	1	3,2	
Tổng	31	100	

**3.2. Kết quả điều trị và biến chứng**

Thời gian phẫu thuật trung bình là 71.94 ± 21 phút (Bảng 2). Mào sàng là mốc giải phẫu quan trọng được bộc lộ để tiếp cận lỗ bướm khâu cái trong 100% trường hợp (Bảng 3). Có 2 trường hợp có lỗ bướm khâu cái phụ (6.5%) (Bảng 4). Khi chui qua lỗ bướm khâu cái, động mạch chia thành 2 nhánh chiếm tỉ lệ cao nhất với 83.9%, có 4 trường hợp động mạch có 1 thân chung (12.9%) và 1 trường hợp chia thành 3 nhánh (3.2%) (Bảng 5).

**Bảng 2:** Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Thời gian (Phút)
Ngắn nhất	30
Dài nhất	110
Trung Bình	72 ± 21

**Bảng 3:** Bộc lộ và lấy bỏ mào sàng

Có	31 (100%)
Không	0 (0%)

**Bảng 4:** Số lỗ động mạch bướm khâu cái

Số lỗ động mạch	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	P
1	29	93,5	p < 0,05
2	2	6,5	
Tổng	31	100	

**Bảng 5:** Số nhánh động mạch bướm khâu cái

Số nhánh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	P
1	4	12,9	p < 0,05
2	26	83,9	
3	1	3,2	
Tổng	31	100	

## Đánh giá hiệu quả nội soi đông điện động mạch bướm khâu cái...

### 3.3. Biến chứng

Không có trường hợp chảy máu trong 48h sau phẫu thuật (Bảng 6). Sau khi theo dõi bệnh nhân trong vòng 1 tháng, ghi nhận 2 trường hợp chảy máu tái phát (6.5%), vị trí chảy máu được ghi nhận là tiểu trụ phải và nụ sùi tăng sinh tại vị trí lỗ BKC (Bảng 7).

Biến chứng khác là viêm mũi xoang cấp (12.9%), đau nhức vùng mặt (6.5%) và tê bì vùng khâu cái (3.2%) (Bảng 8).

**Bảng 6:** Chảy máu tái phát trong 48h

Không	31 (100%)
Có	0 (0%)

**Bảng 7:** Chảy máu tái phát trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chảy máu tái phát trong vòng 1 tháng		
Không	29	93,5
Có	2	6,5
Vị trí chảy máu tái phát		
Nụ sùi	1	3,2
Tiểu trụ trái	1	3,2

**Bảng 8:** Biến chứng khác

Biến chứng khác	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau nhức vùng mặt	2	6,5
Viêm mũi xoang	4	12,9
Tê bì khâu cái	1	3,2

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chảy máu mũi sau

Chúng tôi ghi nhận độ tuổi từ 18 đến 81 tuổi với độ tuổi trung bình  $50.1 \pm 14$ . Kết quả này tương đương với các nghiên cứu của tác giả Sever Septimiu Pop, Lê Thị Mộng Thu, Karthik Sundarajan [6-8]. Nghiên cứu cho thấy chảy máu mũi thường gặp ở độ tuổi lao động, độ tuổi này có nhiều nguy cơ liên quan đến chảy máu mũi như tăng huyết áp, xơ vữa mạch...

Nam giới chiếm đa số (71%) với 22 trường hợp. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng nam giới có thể có cấu trúc xoang mũi lớn hơn, bên cạnh sự khác biệt về mật độ thụ thể adrenergic và muscarinic trong niêm mạc mũi, ảnh hưởng đến phản ứng mạch máu và khả năng cầm máu [9].

Có 64.5% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp. Kết quả này tương đương với tỉ lệ tăng huyết áp 47.5% và 78.6% của các tác giả Lê Thị Mộng Thu và Sever Septimiu Pop [6,7]. Tuy nhiên, mối quan hệ giữa tăng huyết áp và chảy máu mũi còn đang tranh cãi, theo Nabil Abdulghany Sarhan tình trạng stress do chảy máu mũi có thể gây ra hiệu ứng tăng huyết áp áo choàng trắng, tình trạng chảy máu mũi tái phát cao hơn ở những bệnh nhân tăng huyết áp và huyết áp cao làm cho việc kiểm soát chảy máu khó khăn hơn [10].

Có 48.4% bệnh nhân được nhét mèche mũi trước, 1 ca được nhét mèche mũi sau, 1 ca thất bại với nội soi cầm máu mũi trước đó và 1 ca thất bại với phối hợp nhiều phương pháp (3.2%). Tình trạng chảy máu mũi và can thiệp cầm máu tại chỗ nhiều lần gây ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tâm

## *Đánh giá hiệu quả nội soi động mạch bướm khâu cái...*

lý của cả bệnh nhân cũng như người nhà. Ngoài ra, việc nhét mèche có thể làm tổn thương niêm mạc cuốn mũi, vách ngăn làm cho tình trạng chảy máu mũi trở nên trầm trọng.

### **4.2. Kết quả điều trị**

Chúng tôi lựa chọn phương pháp tiếp cận động mạch bướm khâu cái qua khe giữa có mở lỗ thông xoang hàm. Theo tác giả Agreda B, phương pháp này kết hợp mở rộng lỗ thông xoang hàm để tạo phẫu trường rộng hơn, giúp quan sát rõ các mốc giải phẫu và dễ kiểm soát chảy máu [11].

Sau khi tiếp cận thành sau xoang hàm qua khe giữa, mào sàng được bộc lộ ở 100% bệnh nhân. Đây là mốc giải phẫu quan trọng để bộc lộ động mạch bướm khâu cái luôn nằm phía sau hoặc sau dưới của mào sàng, chiếm tỉ lệ 100% [3]. Sau khi bộc lộ lỗ bướm khâu cái, quan sát thấy có 2 trường hợp có lỗ bướm khâu cái phụ. Khi chui qua lỗ bướm khâu cái, động mạch chia thành 2 nhánh chiếm tỉ lệ cao nhất với 83.9%, có 4 trường hợp động mạch có 1 thân chung (12.9%) và 1 trường hợp chia thành 3 nhánh (3.2%). Kết quả này tương tự với tác giả G Trinidad Ruiz với tỉ lệ động mạch chia thành 2 nhánh sau khi đi qua lỗ bướm khâu cái chiếm tỉ lệ cao nhất (42%), trường hợp 1 thân chung duy nhất của động mạch có 38.7% [12]. Các biến thể của động mạch bướm khâu cái và việc không kiểm soát được các nhánh của động mạch làm tăng nguy cơ chảy máu tái phát sau mổ của bệnh nhân, tăng nguy cơ thất bại của phẫu thuật nên việc bộc lộ và quan sát toàn bộ các nhánh của động mạch là cần thiết trong các phương pháp trước đây.

Thời gian phẫu thuật trung bình  $71.94 \pm 21$  phút được tính từ khi rút mèche mũi (nếu có) đến khi kết thúc phẫu thuật. Thời gian có thể kéo dài khi thực hiện những phẫu thuật kèm theo. Tác giả Wirach Chitsuthipakorn so sánh thời gian phẫu thuật giữa phương pháp đông điện tại thân động mạch bướm khâu cái có sự cải thiện rõ rệt so với phương pháp đông điện tất cả các nhánh với lần lượt thời gian trung bình là 60 phút so với 115 phút. Việc can thiệp trực tiếp vào thân động mạch bướm khâu cái giúp giảm thời gian bộc lộ và đốt từng nhánh của động mạch cũng như can thiệp vào các biến thể của động mạch để cầm máu, dẫn đến quá trình thực hiện đơn giản hơn và hiệu quả cao hơn [4].

Chúng tôi theo dõi bệnh nhân trong vòng 24 -48h sau mổ, giai đoạn tái tạo mạch huyết sợi fibrin giúp cho sự lành thương, các yếu tố viêm nhiễm gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị và dẫn đến sự thất bại. Trong vòng 48h sau mổ, chúng tôi không ghi nhận trường hợp bệnh nhân chảy máu tái phát, không ghi nhận tình trạng viêm nhiễm và được sử dụng kháng sinh trong 48h, sau đó bệnh nhân được xuất viện và theo dõi trong vòng 1 tháng. Kết quả theo dõi trong 48h tương tự với các tác giả Aldelkader, Lê Thị Mộng Thu [7,13]. Cho thấy hiệu quả cầm máu ngắn hạn của phương pháp này đạt được ở tất cả bệnh nhân.

Trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật nhằm loại trừ nguy cơ chảy máu đến từ quá trình viêm nhiễm và tăng sinh bất thường trong quá trình hậu phẫu, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp chảy máu tái phát tại các vị trí tiểu trụ cùng bên phẫu thuật và nụ sùi tăng sinh tại hố mổ, 2 bệnh nhân được nội soi kiểm tra và thực hiện cầm máu bằng đông điện tại vị trí chảy máu. Hai bệnh nhân sau đó kiểm tra tình trạng ổn định, không có tình trạng chảy máu tái phát.

Tỉ lệ thành công kiểm soát chảy máu (kiểm soát được tình trạng chảy máu trong 48 giờ sau phẫu thuật và không tái phát trong thời gian theo dõi 1 tháng) trong quá trình theo dõi của chúng tôi là 93.5%. So với nghiên cứu của các tác giả khác, Sever Septimiu Pop ghi nhận tỉ lệ thành công 89.28% bệnh nhân khi quan sát 28 bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật đốt động mạch bướm khâu cái [6]. Wirach Chitsuthipakorn ghi nhận tỉ lệ thành công 100% với phương pháp đông điện động mạch bướm khâu cái tại lỗ bướm khâu cái và 90% với phương pháp thông thường [4]. Nguyên nhân thất bại của phương pháp được ghi nhận hầu hết là biến thể giải phẫu của động mạch và sự xuất hiện của các lỗ bướm khâu cái phụ, dẫn đến việc không thể đông điện toàn bộ các nhánh và chảy máu tái phát. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đông điện trực tiếp thân động mạch bướm khâu cái vị trí lỗ bướm khâu cái nên hạn chế được tỉ lệ chảy máu mũi do bỏ sót các nhánh.

Bên cạnh chảy máu mũi tái phát, biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi là viêm mũi xoang cấp (12.9%), đau nhức vùng mặt (6.5%), tê bì khâu cái (3.2%). Trong một đánh giá có hệ thống được thực hiện năm 2019 của Takahiro Kitamura và cộng sự, tỉ lệ biến chứng trung bình là 8.7%, phổ biến

## **Đánh giá hiệu quả nội soi đông điện động mạch bướm khâu cái...**

nhất là đóng vảy mũi (21%), tiếp theo là viêm mũi xoang cấp và khô mũi (10%) [14]. Bệnh nhân không than phiền các biến chứng gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

### **V. KẾT LUẬN**

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi đông điện động mạch bướm khâu cái là phương pháp có hiệu quả cao trong kiểm soát chảy máu mũi sau, với thời gian can thiệp ngắn, tỷ lệ thành công cao và nguy cơ biến chứng thấp. Những ưu điểm này khẳng định đây là một lựa chọn điều trị đáng tin cậy và có tính an toàn cao. Đặc biệt, phương pháp nên được chỉ định sớm ở các trường hợp chảy máu mũi sau tái phát không đáp ứng với các biện pháp cầm máu thông thường. Trong thực hành lâm sàng, phẫu thuật này có thể được cân nhắc như giải pháp ưu tiên hàng đầu. Tuy nhiên, cần tiến hành thêm các nghiên cứu với quy mô lớn hơn và trên nhiều cơ sở chuyên khoa mũi xoang khác nhau để củng cố bằng chứng về hiệu quả và khả năng áp dụng rộng rãi của kỹ thuật này.

### **Tuyên bố về xung đột lợi ích**

Nhóm tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

### **Tuyên bố về y đức**

Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, trường Đại học Y Dược, Đại học Huế thông qua, mã số giấy chấp thuận H2023/131 ngày cấp 22/05/2023.

### **Tài trợ**

Nghiên cứu được tài trợ bởi Đại học Huế trong đề tài mã số DHH 2024 - 04 - 225.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Leader P, Alvarez R, Geiger Z. Anatomy, Head and Neck, Sphenopalatine Artery. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
2. Agreda B, Urpegui A, Alfonso JI, Valles H. Ligation of the sphenopalatine artery in posterior epistaxis. Retrospective study of 50 patients. Acta Otorrinolaringol Esp. 2011;62(3):194-198.
3. Minh VC. Nghiên cứu các mốc giải phẫu hố chân bướm khâu cái qua nội soi góp phần ứng dụng trong phẫu thuật tai mũi họng. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2020:60-70.
4. Chitsuthipakorn W, Seresirikachorn K, Kanjanawasee D, Snidvongs K. Endoscopic sphenopalatine foramen cauterization is an effective treatment modification of endoscopic sphenopalatine artery ligation for intractable posterior epistaxis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2020;277(9):2463-2467.
5. Lin G, Bleier B. Surgical management of severe epistaxis. Otolaryngol Clin North Am. 2016;49(3):627-637.
6. Pop SS, Tiple C, Stamate MC, Chirila M. Endoscopic sphenopalatine artery cauterization in the management of recurrent posterior epistaxis. Medicina (Kaunas). 2023;59(6):1128.
7. Thu LTM, Dũng NH. Đánh giá hiệu quả đốt động mạch bướm khâu cái qua nội soi trong điều trị chảy máu mũi tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2016–7/2017. Luận án Chuyên khoa II. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2017.
8. Sundarajan K, Mani S, Arumugam K. Management of recurrent and refractory posterior epistaxis by transnasal endoscopic sphenopalatine artery cauterization: a prospective cohort study. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2023;75(4):2792-2797.
9. Ramkumar SP, Brar T, Marks L, Marino MJ, Lal D. Biological sex as a modulator in rhinologic anatomy, physiology, and pathology: a scoping review. Int Forum Allergy Rhinol. 2023;13(9):1783-1800.
10. Sarhan NA, Algamal AM. Relationship between epistaxis and hypertension: a cause and effect or coincidence? J Saudi Heart Assoc. 2015;27(2):79-84.
11. Agreda B, Urpegui A, Alfonso JI, Valles H. Ligadura de la arteria esfenopalatina en la epistaxis recidivante posterior. Estudio retrospectivo de 50 pacientes [Ligation of the sphenopalatine artery in posterior epistaxis. Retrospective study of 50 patients]. Acta Otorrinolaringol Esp. 2011;62(3):194-198.
12. Trinidad Ruiz G, Ruiz E, González Palomino A, Pantoja Hernández CG, Mora Santos ME, Blasco Huelva A. Aspectos prácticos sobre el tratamiento endoscópico de la epistaxis [Practical aspects regarding endoscopic treatment for epistaxis]. Acta Otorrinolaringol Esp. 2006;57(9):394-400.
13. Abdelkader M, Leong SC, White PS. Endoscopic control of the sphenopalatine artery for epistaxis: long-term results. J Laryngol Otol. 2007;121(8):759-762.
14. Kitamura T, Takenaka Y, Takeda K, Oya R, Ashida N, Shimizu K, et al. Sphenopalatine artery surgery for refractory idiopathic epistaxis: systematic review and meta-analysis. Laryngoscope. 2019;129(8):1731-1736.