

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP THẤT ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI CẦM MÁU SAU CẮT AMIDAN NGÀY 11

Bs. Nguyễn Lâm Đạt Nhân

Bs. Ngô Vương Mỹ Nhân

Bs. Lê Văn Đức

TÓM TẮT:

Chảy máu là một tai biến thường gặp sau cắt amidan. Có thể chảy máu sớm sau cắt 6- 10 giờ hoặc muộn hơn, thường gặp vào ngày 7- 10 sau cắt . Việc cầm máu hố cắt amidan ở thời kỳ hậu phẫu càng muộn thì càng khó khăn, vì khi đó mô hạt viêm tại chỗ sẽ gây khó khăn cho việc khâu kẹp cầm máu điểm chảy. Với giải pháp cầm máu từ xa là thắt động mạch cảnh ngoài cùng bên sẽ cho hiệu quả triệt ã, khi những phương pháp cầm máu thông thường thất bại .

Khoa Tai Mũi Họng bệnh viện đa khoa An Giang đã nhận một người bệnh, được cắt amidan tại bệnh viện TP HCM, chảy máu sau cắt 7 ngày. Sau các bước cầm máu tạm ổn, nhưng lại tái phát, mất nhiều máu, khoa phải dùng biện pháp “ thắt động mạch cảnh ngoài cùng bên ”.

ĐẶT VẤN ĐỀ :

Chảy máu sau cắt amidan là biến chứng thường gặp nhất, với tỉ lệ 2,65 % ^[1] . Có nhiều bước thực hiện cầm máu, đa số đạt kết quả tốt. Bước cầm máu cuối cùng ít được sử dụng là “ thắt động mạch cảnh ngoài cùng bên ”.

Khoa Tai Mũi Họng bệnh viện đa khoa An Giang trong gần 30 năm hoạt động, đã phẫu thuật và xử lý nhiều trường hợp chảy máu sau cắt amidan được phẫu thuật tại bệnh viện hoặc các nơi khác chuyển đến, nhưng chưa bao giờ phải dùng biện pháp cầm máu cuối cùng là “ thắt động mạch cảnh ngoài cùng bên ” (trong những năm gần đây, trung bình cắt amidan mỗi năm có 163,6 trường hợp ^[6]).

Các cách cầm máu thông thường: hút sạch khối máu đông trong hố cắt; cột hoặc đốt các điểm chảy máu; khâu ép trụ tán spongel .

Theo nghiên cứu của Windfuhr JP, trên 4.848 trường hợp cắt amidan thì có 0,004% ^[1] phải dùng “ thắt động mạch cảnh ngoài cùng bên ” để cầm máu amidan.

TƯỜNG TRÌNH BỆNH ÁN:

Bệnh nhân Nguyễn Thị T 64 tuổi, nữ, ã chỉ : 13/10 ấp Bình Tân, Bình Mỹ, Châu Phú, An Giang. Vào viện lúc 23 giờ 15 ngày 11/ 7 / 2008, số VV: 33775 với lý do Chảy máu trong miệng / sau cắt amidan ngày thứ 7.

Bệnh sử : Cách vào viện 7 ngày, bệnh nhân được cắt amidan ở bệnh viện TP HCM, sau cắt 3 ngày cho xuất viện về nhà uống thuốc theo toa. Đến ngày thứ 7 (sau cắt) đột nhiên chảy máu trong miệng nhiều, nên nhập vào bệnh viện đa khoa An Giang

Tình trạng lúc nhập viện : Tỉnh, da niêm hơi nhạt. Thể trạng trung bình, không dấu xuất huyết dưới da. Nôn ra máu đỏ bầm cùng thức ăn. Dấu hiệu sinh tồn: mạch: 80 lần/ phút, HA: 130/80 mmHg, thân nhiệt 37⁰C.

Khám họng : Hố cắt amidan bên trái (T) thoáng sạch. Hố amidan bên phải (P) đóng mủ máu nâu đen. Được làm xét nghiệm máu, với kết quả: hồng cầu 3.060.000, bạch cầu 6.400, tiểu cầu 359.000, dung tích hồng cầu (Hct): 26%, Hb: 9,4 g/dl, TQ = 16,2 (chứng 13,6), TCK = 34,5 (chứng 22,7). Và các xét nghiệm khác: Ca^{2+} = 1.1mM/l, Na^{+} = 127mM/l, K^{+} = 3,2 mmol/l, Glycemie = 8,32 mmol/l, Ure = 3,2 mmol/l, Creatinine = 58 umol/l.

Được chẩn đoán : chảy máu sau cắt amidan N7 (P).

Sau nhập viện, đáp ứng tốt với thuốc cầm máu Adona 2- 4 ống/ ngày, máu ngưng chảy, người bệnh ăn được cháo, và tiếp tục được theo dõi tại khoa.

Diễn tiến sau nhập viện: có lúc chảy máu tái phát và tạm ngưng, được truyền hồng cầu lắng, bù dịch, chống viêm nhiễm. Lúc 23 giờ ngày 14/7/2008 (sau 3 ngày nhập viện) được chuyển phòng mổ để cầm máu dưới gây mê, xử trí “khâu ép trụ amidan” bên phải, máu ngưng chảy.

Sau thủ thuật 1 giờ, chảy máu lại, bệnh nhân bứt rứt, vật vã, da xanh niêm nhợt, nuốt máu liên tục, ống thông dạ dày ra khoảng 800 ml máu tươi. Hố cắt amidan (P): vết khâu trụ còn ép tốt, máu vẫn chảy ở cực dưới. Dấu hiệu sinh tồn: mạch 120 lần/ phút, huyết áp 90/70 mmHg. Kết quả xét nghiệm: hồng cầu 2.090.000, bạch cầu 12.300, tiểu cầu 268000, dung tích hồng cầu 17,5 %, Hb: 6,8 g/dl, TQ = 16,8 “ (chứng 13,4), TCK = 35,5 “(chứng 22,7).

Được tiếp tục truyền hồng cầu lắng (tổng số 7 đơn vị) và tiến hành thắt động mạch cảnh ngoài bên phải (cùng bên chảy máu). Chúng tôi thắt ở vị trí chia 2 của động mạch cảnh chung.

Sau phẫu thuật, người bệnh tiếp tục được theo dõi tại khoa, ăn uống qua sonde dạ dày (rút sonde sau 3 ngày), vết mổ da lành, hố mổ amidan đóng vẩy tốt.

Sau 7 ngày theo dõi, người bệnh tỉnh táo, đi lại được, ăn uống không đau, không dấu hiệu hoại tử mô vùng họng, mặt cùng bên. Kết quả xét nghiệm: hồng cầu 2.700.000, bạch cầu 8100, tiểu cầu 215.000, dung tích hồng cầu 22,9%, Hb 8,6 g/l . Người bệnh xuất viện.

Tái khám hàng tuần, đến tuần thứ 5, người bệnh có niêm hồng, không chảy máu tái phát, người bệnh cảm giác vùng mặt bên phải không thay đổi.

BÀN LUẬN:

Trên đây là bệnh nhân lớn tuổi, chảy máu thứ phát muộn, lượng máu mất rất nhiều. Mặc dù đã truyền 7 đơn vị hồng cầu lắng, tích cực dùng thuốc cầm máu, khâu ép tại chỗ nhưng diễn tiến lâm sàng không cải thiện, máu vẫn chảy có nguy cơ tử vong. Việc chỉ định thắt động mạch cảnh ngoài là phương án cuối cùng và cho kết quả triệt để.

Hệ mạch máu cung cấp cho amidan được chi phối từ động mạch cảnh ngoài, gồm có 4 nhánh động mạch chính: động mạch lưỡi, động mạch mặt, động mạch họng lên, và động mạch hàm trong. Khi thắt động mạch cảnh ngoài, tuần hoàn phụ được thành lập qua các nhánh lớn nối với các nhánh tương đương bên đối diện^{[2], [3]}.

Việc cắt amidan cần tuân thủ theo đúng chỉ định, tầm soát nguy cơ chảy máu, thao tác bóc tách khi cắt tránh tổn thương mô lân cận, sẽ hạn chế nguy cơ chảy máu thứ phát. Nếu chảy máu thì tùy mức độ mà chọn cách cầm máu từ đơn giản đến phức tạp. Kết hợp với việc bù hoàn dịch, máu, chống viêm nhiễm tại chỗ và lan tỏa. Và thắt ĐMC ngoài là phương án tối ưu cho những trường hợp cầm máu thông thường thất bại.

Nguyên nhân chảy máu trong trường hợp này không phải do bệnh lý toàn thân (vì vết mổ vùng cổ không có hiện tượng chảy máu bất thường) mà do tại chỗ. Theo Windfuhr JP, Chen YS, Remmert S thì tần suất chảy máu sau cắt amidan sẽ tăng dần theo tuổi^{[4], [5]}. Có lẽ ở người lớn tuổi, các động mạch bị xơ cứng nên đầu cắt co lại cầm máu không tốt, giai đoạn bung rơi vẩy các

động mạch rút vào lớp dưới bề mặt hố mổ gây khó khăn cho việc kẹp, ép cầm máu tại chỗ và chảy máu rỉ rã kéo dài.

Tài liệu tham khảo:

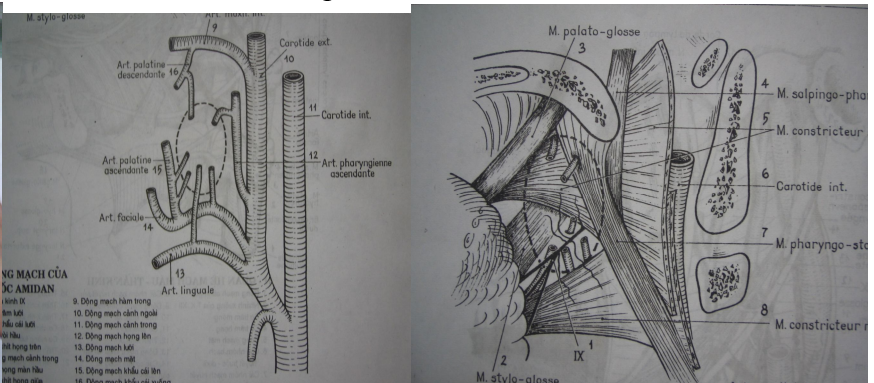
1. Windfuhr JP, Sesterhenn K; [Hemorrhage after tonsillectomy. Analysis of 229 cases] HNO. 2001 Sep; 49(9): 706-12. German.
2. Võ Tấn, Tai Mũi Họng thực hành, 1994, trang 267, 273.
3. Nguyễn Quang Quyền, Giải phẫu học tập 1, Nhà xuất bản Y học, 2002, trang 307.
4. Windfuhr JP, Chen YS, Remmert S.; Hemorrhage following tonsillectomy and adenoidectomy in 15,218 patients; Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Feb;132(2):281-6.
5. Windfuhr JP, Chen YS. Incidence of post-tonsillectomy hemorrhage in children and adults: a study of 4,848 patients. Ear Nose Throat J. 2002 Sep;81(9):626-8, 630, 632 passim.
6. Số liệu thống kê của phòng KHTH bệnh viện đa khoa An Giang.

Hình minh họa

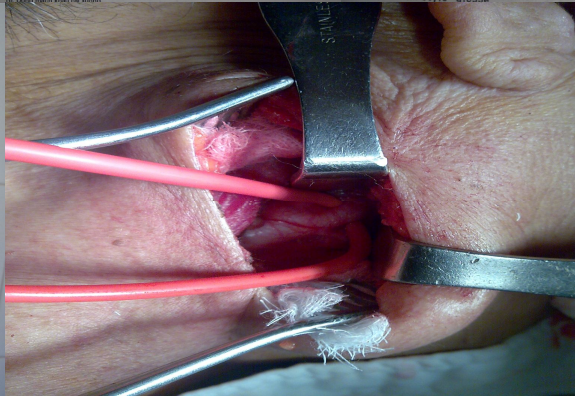
B.nhân trước mổ 30 ph út



ĐM c ấp m áu cho ami đan



Bệnh nhân sau mổ 2 ngày



Hình ảnh thắt ĐM ở bệnh nhân này.