

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

**THẠCH HOÀNG HUY**

**NGHIÊN CỨU**

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG  
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI  
XOANG MẠN TÍNH CÓ DỊ HÌNH VÁCH NGĂN  
BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN  
TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2018 – 2019**

**LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II**

**Cần Thơ – 2019**

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

THẠCH HOÀNG HUY

NGHIÊN CỨU

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG  
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI  
XOANG MẠN TÍNH CÓ DỊ HÌNH VÁCH NGĂN  
BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN  
TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2018 – 2019**

Chuyên ngành: Tai Mũi Họng

Mã số: 62.72.01.55.CK

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học:

1. TS.BS. CHÂU CHIÊU HÒA
2. BS.CKII. DƯƠNG HỮU NGHỊ

Cần Thơ – 2019

# MỤC LỤC

Trang

Trang phụ bìa	
Lời cam đoan	
Lời cảm ơn (nếu có)	
Mục lục	
Danh mục các chữ viết tắt	
Danh mục các bảng	
Danh mục các đồ thị	
Danh mục các hình vẽ	
ĐẶT VẤN ĐỀ .....	9
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....	11
1.1. Sơ lược giải phẫu mũi và sinh lý bệnh viêm mũi xoang .....	11
1.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng .....	20
1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm xoang mạn tính.....	22
1.4. Điều trị viêm xoang mạn tính có dị hình vách ngăn.....	22
1.5. Tình hình nghiên cứu phẫu thuật nội soi mũi xoang .....	30
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	33
2.1. Đối tượng.....	33
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu .....	33
2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu.....	33
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ .....	34
2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu .....	34
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	34
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu .....	34
2.2.2. Cỡ mẫu .....	35
2.2.3. Phương pháp chọn mẫu.....	35
2.2.4. Nội dung nghiên cứu.....	35

2.2.5. Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu .....	45
2.2.6. Sơ đồ nghiên cứu .....	49
2.2.7. Phương pháp hạn chế sai số .....	49
2.2.8. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.....	49
2.3. Vấn đề y đức trong nghiên cứu.....	50
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....	51
Chương 4: BÀN LUẬN.....	70
KẾT LUẬN.....	90
KIẾN NGHỊ.....	92

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BN

Bệnh nhân

CLVT

Cắt lớp vi tính

TMH

Tai mũi họng

VMXMT

Viêm mũi xoang mạn tính

DHVN

Dị hình vách ngăn

## DANH MỤC CÁC BẢNG

	Trang
Bảng 3.1. Phân bố theo giới tính .....	51
Bảng 3.2. Phân bố theo nhóm tuổi.....	51
Bảng 3.3. Phân bố theo nghề nghiệp.....	53
Bảng 3.4. Tính chất nghẹt mũi.....	54
Bảng 3.5: Giá trị điểm NOSE trước phẫu thuật .....	55
Bảng 3.6. Phân bố các dạng chảy mũi .....	55
Bảng 3.7. Phân bố tính chất đau nặng đầu/ mặt .....	56
Bảng 3.8. Hình ảnh nội soi trước phẫu thuật.....	57
Bảng 3.9. Phân bố các dạng dị hình vách ngăn .....	58
Bảng 3.10. Liên quan giữa hình thái vách ngăn và mức độ nghẹt mũi .....	59
Bảng 3.11. Phân bố vị trí dị hình vách ngăn .....	60
Bảng 3.12. Phân bố vị trí và mức độ viêm xoang theo Lund – Mackay .....	60
Bảng 3.13. Tương quan giữa vị trí viêm xoang và dị hình vách ngăn .....	61
Bảng 3.14. Tế bào Haller , Agger nasi và Codoni.....	62
Bảng 3.15. Phân bố thời gian phẫu thuật .....	63
Bảng 3.16. Các biến chứng sau mổ.....	64
Bảng 3.17. Triệu chứng cơ năng sau mổ.....	64
Bảng 3.18. Mức độ nghẹt mũi theo NOSE sau mổ .....	65
Bảng 3.19. Điểm NOSE trung bình tại các thời điểm .....	65
Bảng 3.20. Triệu chứng cơ năng sau mổ.....	66
Bảng 3.21. Triệu chứng cơ năng sau mổ.....	66
Bảng 3.22. Triệu chứng cơ năng sau mổ.....	67
Bảng 3.23. Niêm mạc hố mổ qua nội soi .....	67
Bảng 3.24. Dịch xuất tiết sau mổ.....	68

## DANH MỤC CÁC ĐỒ THỊ

	Trang
Biểu đồ 3.1. Phân bố theo địa dư .....	52
Biểu đồ 3.2. Phân bố theo thời gian mắc bệnh.....	53
Biểu đồ 3.3. Mức độ nghẹt mũi .....	54
Biểu đồ 3.4. Phân bố tính chất chảy mũi.....	56
Biểu đồ 3.5. Phân bố mức độ rối loạn khứu giác .....	57
Biểu đồ 3.6. Hình ảnh nội soi trước phẫu thuật.....	58
Biểu đồ 3.7. Phân bố các loại phẫu thuật .....	63
Biểu đồ 3.8. Kết quả sau mổ 3 tháng .....	69

## DANH MỤC CÁC HÌNH VẼ

	Trang
Hình 1.1. Thiết đồ đứng dọc thành trong hốc mũi .....	11
Hình 1.2. Thiết đồ đứng dọc thành ngoài hốc mũi .....	12
Hình 1.3. Các thành phần phức hợp lỗ thông xoang .....	13
Hình 1.4. Tầng sản xuất dịch nhầy .....	15
Hình 1.5. Đường đi của luồng không khí qua tầng dưới, luồng khúu giác đi lên tầng trên.....	16
Hình 1.6: Vẹo vách ngăn mũi qua nội soi.....	18
Hình 1.7. Vẹo vách ngăn mũi qua CT-Scan.....	19
Hình 1.8. Mở khe giữa (lấy mỏm móc và mở lỗ thông xoang hàm).....	24
Hình 1.9. Phẫu thuật nạo sàng trước .....	25
Hình 1.10. Phẫu thuật vào xoang trán.....	26
Hình 1.11. Phẫu thuật mở xoang bướm .....	27
Hình 2.1. Gai vách ngăn.....	38
Hình 2.2. Lỗ thông xoang hàm phụ nằm ở vùng fontanelle sau .....	39
Hình 2.3. Khí hóa cuốn giữa hai bên .....	42
Hình 2.4. Bộ dụng cụ phẫu thuật mũi xoang.....	46
Hình 2.5. Tiêm tê niêm mạc mỏm móc bằng Medicain 2% .....	47
Hình 2.6. Dùng kiềm bấm ngược mở rộng lỗ thông xoang hàm .....	47
Hình 2.7. Dùng dao rạch niêm mạc vách ngăn .....	48



## ĐẶT VẤN ĐỀ

Các xoang cạnh mũi có cấu trúc khá phức tạp của vùng đầu mặt cổ. Viêm mũi xoang mạn là tình trạng viêm của lớp niêm mạc mũi xoang, thường do viêm mũi xoang cấp tái diễn nhiều lần, do sự dẫn lưu kém không tháo mủ ra được.

Viêm mũi xoang mạn là bệnh phổ biến ảnh hưởng đến 30 triệu người mỗi năm trên toàn thế giới, trong đó hơn 200.000 người cần can thiệp phẫu thuật [36]. Tại Bắc Mỹ, viêm xoang mạn là một trong những bệnh được phân nân nhiều nhất, ảnh hưởng đến 14% dân số và chi phí mỗi năm cho bệnh này là 6 tỷ đôla [30]. Theo thống kê 5 năm tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, bệnh nhân đến khám chữa bệnh viêm mũi xoang ở độ tuổi lao động chiếm 87%. Tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện 103, viêm mũi xoang chiếm 63% tổng bệnh nhân đến khám [21].

Khi soi vào mũi cấu trúc đầu tiên mà chúng ta gặp là vách ngăn và cuốn mũi dưới. Vách ngăn mũi bao gồm sụn tứ giác phía trước, nối tiếp với mảnh đứng xương sàng ở sau trên và xương lá mía sau dưới. Vẹo vách ngăn gây ra nghẹt mũi cũng như cản trở trong lúc phẫu thuật. Những bệnh nhân có vẹo vách ngăn được khuyên nên mổ chỉnh hình vách ngăn cùng với phẫu thuật nội soi xoang mũi xoang chức năng.

Khi vách ngăn không thẳng làm thay đổi về động học của luồng khí lưu thông có thể gây ra những triệu chứng khác nhau. Thường nhất là nghẹt mũi. Sự liên hệ giữa bệnh mũi xoang và vẹo vách ngăn đã được biết đến nhiều. Trong nghiên cứu vào năm 2009 trên 345 BN tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tác giả Nguyễn Thanh Vũ đã đưa kết luận rằng có mối tương quan giữa vẹo vách ngăn và viêm mũi xoang mạn [29]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi

đang được sử dụng ngày càng rộng rãi trong điều trị bệnh lý vùng đầu mặt cổ, trong đó có mũi xoang. Phẫu thuật nhằm tái lập sự dẫn lưu và thông khí tại các xoang bệnh, chỉnh hình vách ngăn, đồng thời với bảo tồn tối đa niêm mạc, tạo thuận lợi cho niêm mạc phục hồi cả về cấu trúc lẫn chức năng.

Xuất phát từ thực tế lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang mạn tính có dị hình vách ngăn bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2018 – 2019”** với 2 mục tiêu sau:

*1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm mũi xoang mạn tính có dị hình vách ngăn tại Bệnh Viện Tai Mũi Họng Cần Thơ.*

*2. Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang mạn tính có dị hình vách ngăn bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh Viện Tai Mũi Họng Cần Thơ.*

## Chương 1

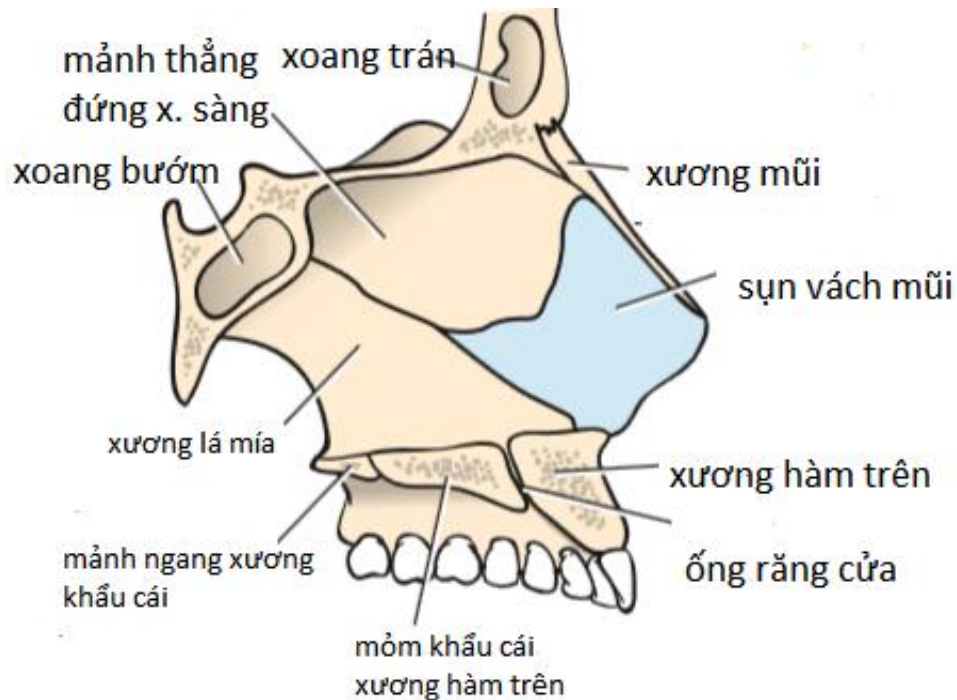
### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1. Sơ lược giải phẫu mũi và sinh lý bệnh viêm mũi xoang

##### 1.1.1. Giải phẫu mũi

###### 1.1.1.1. Thành mũi trong hay vách ngăn mũi

Phía sau là xương gồm mảnh thẳng xương sàng và xương lá mía, phía trước là sụn gồm sụn vách ngăn mũi và sụn cánh mũi lớn, phía trước dưới là da và phần màng.



**Hình 1.1. Thiết đồ đứng dọc thành trong hốc mũi**

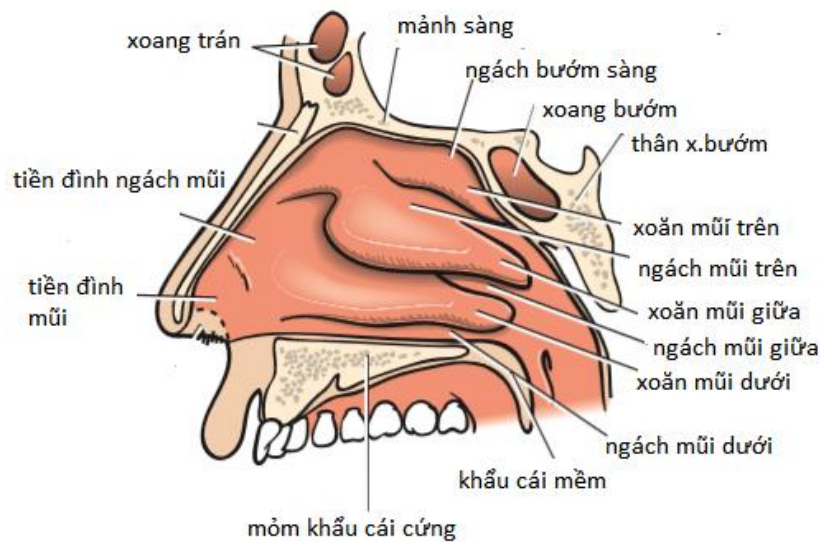
(Nguồn: *Clinical anatomy by regions*, 2012 [55])

### 1.1.1.2. Thành mũi ngoài

Gồm các cuốn mũi và khe mũi.

Cuốn mũi dưới là xương riêng biệt, phủ bởi niêm mạc dày chứa đám rối tĩnh mạch (đám rối hang). Khe mũi dưới được giới hạn bởi cuốn mũi dưới và thành ngoài ổ mũi. Phần trước của khe mũi dưới có lỗ của ống lệ mũi.

Cuốn mũi giữa là một mảnh của xương sàng, có niêm mạc phủ. Giữa cực trước của cuốn mũi giữa và mặt trong mũi là đê mũi (Agger nasi). Phía trong chân bám cuốn mũi giữa là biểu mô khruu giác, phía trên là mảnh ngoài của mảnh sàng và trần các tế bào sàng, nơi động mạch sàng trước vượt qua mảnh ngoài mảnh sàng để vào hố sọ trước cũng là điểm yếu nhất của sàn sọ trước và có nguy cơ thấu vào hố sọ trước, tổn thương động mạch sàng trước tại chỗ yếu này [43], [44].



**Hình 1.2. Thiết đồ đứng dọc thành ngoài hốc mũi**

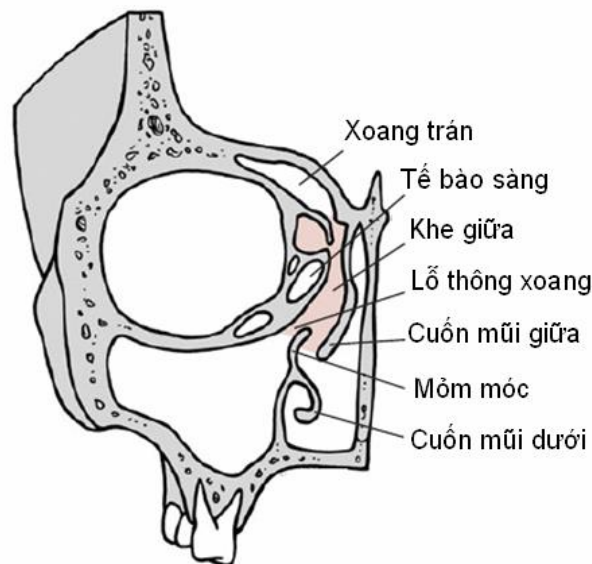
(Nguồn: *Clinical anatomy by regions*, 2012 [55])

Cuốn mũi trên là mảnh xương nhỏ của khối bên xương sàng. Khe mũi trên là khe hẹp có xoang sàng sau và xoang bướm đổ vào.

Cuốn mũi trên cùng khi có khi không, là xương cuốn nhỏ nhất. 75% trường hợp có lỗ đổ của xoang sàng sau. Phía trên sau của cuốn mũi trên cùng có ngách bướm sàng nằm trong góc xương sàng và mặt trước thân xương bướm, tại đây có lỗ đổ xoang bướm [25].

#### 1.1.1.3. Cấu trúc liên quan

Phức hợp lỗ thông khe là một vùng quan trọng mấu chốt trong bệnh sinh của viêm mũi xoang và biểu hiện đường dẫn lưu và thông khí chung cuối cùng của xoang trán, xoang hàm và các tế bào sàng trước.



**Hình 1.3. Các thành phần phức hợp lỗ thông xoang**

(Nguồn: *Sinus surgery - Endoscopic and microscopic approaches*, 2005 [47])

Theo David W. Kennedy và Donal C.Lanza thì đỉnh của nó là phía trước khe giữa, nơi bờ trước trên cuốn giữa tiếp giáp với thành bên mũi, giới hạn ở trong là cuốn giữa, ở ngoài là thành bên mũi, mòm móc chia vùng này ra hai

phần theo hai hướng trước sau. Lỗ thông xoang hàm: thường nằm ở vùng fontanelle (nơi thành trong xoang hàm chỉ có niêm mạc, không có xương), tần suất hiện lỗ thông xoang hàm phụ là 25 – 30%. Lỗ thông xoang hàm phụ có thể là nguyên nhân gây viêm xoang mạn tính do hiện tượng dẫn lưu vòng [16], [35].

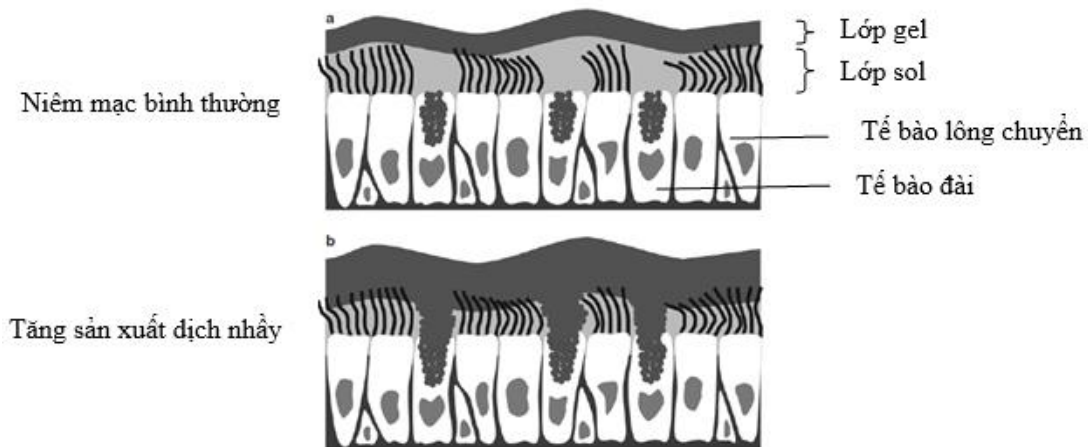
### **1.1.2. Sinh lý bệnh viêm mũi xoang mạn tính và dị hình vách ngăn**

#### ***1.1.2.1. Viêm mũi xoang mạn***

Viêm mũi xoang (VMX) được định nghĩa là phản ứng viêm của lớp niêm mạc mũi và xoang cạnh mũi và/hoặc lớp xương bên dưới [46]. Thuật ngữ này được Hội Tai Mũi Họng và Phẫu Thuật Đầu Cổ Hoa Kỳ năm 1997 thống nhất thay thế từ viêm xoang vì viêm xoang xảy ra thứ phát hoặc đi kèm viêm mũi [37], [41].

Sinh lý bệnh VMX liên quan đến 3 yếu tố: Sự thông thoáng của lỗ thông xoang, tính chất dịch mũi và chức năng lông chuyển. Thay đổi bất kỳ 1 trong 3 yếu tố trên sẽ làm thay đổi sinh lý và dẫn đến VMX.

Sự thông thoáng lỗ thông xoang: Sự tắc nghẽn có thể do phù nề niêm mạc, dị hình cấu trúc giải phẫu như concha bullosa, vẹo vách ngăn, tế bào Haller, polype mũi. Khi lỗ thông xoang tắc gây nên giảm oxy trong lòng xoang, dẫn đến tích tụ dịch, tạo môi trường lý tưởng cho vi khuẩn [38], [54].



**Hình 1.4. Tăng sản xuất dịch nhầy**

(Nguồn: *Nasal physiology and pathophysiology of nasal disorder*, 2013 [48])

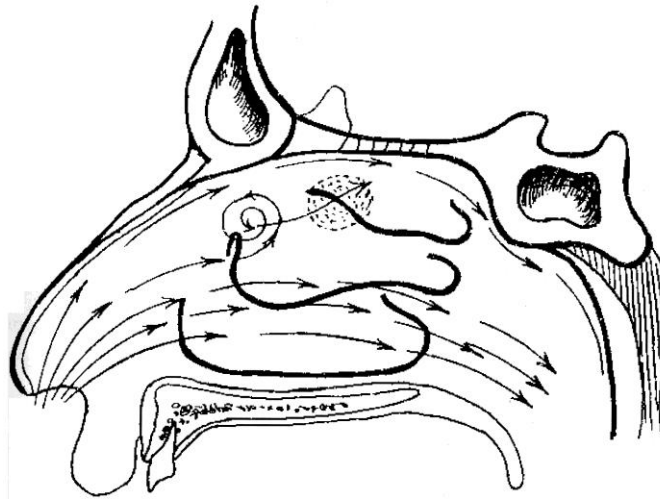
Sự thay đổi tính chất dịch sẽ làm thay đổi hiệu quả của lông chuyển. Thành phần dịch có thể thay đổi do trao đổi nước và điện giải, như thiếu nước trầm trọng. Yếu tố thứ hai là tăng tạo dịch như tác nhân kích ứng đường hô hấp, chất ô nhiễm, chất gây dị ứng. Các yếu tố trên làm dịch ứ đọng và tạo môi trường cho vi khuẩn phát triển.

Chức năng lông chuyển quan trọng trong cơ chế thanh thải dịch. Sự giảm hoạt động lông chuyển có thể do bẩm sinh như hội chứng Kartagener, các nguyên nhân khác gồm không khí lạnh, chất độc do vi khuẩn và virus tạo nên, hóa chất trung gian gây viêm. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của lông chuyển như nhiệt độ, pH, nồng độ. Ingels và cộng sự (1991) đã chứng minh được nhiệt độ từ 22,5 đến 40<sup>0</sup>C thích hợp cho hoạt động của lông chuyển. Còn môi trường pH từ 6,5 đến 7,5 không ảnh hưởng hoạt động lông chuyển. Nồng độ dung dịch từ 0,9 đến 1,35% NaCl không ảnh hưởng hoạt động lông chuyển, do đó đối với dung dịch nước muối nhược trương 0,45% hay ưu trương 1,5% thì hoạt động lông chuyển giảm 50% so hoạt động ban đầu (Van de Donk 1980) [42], [48].

### 1.1.2.2. Dị hình vách ngăn

Hốc mũi có hai chức năng cơ bản nhưng lại khác nhau là dẫn khí đưa không khí thở qua mũi họng vào phổi và ngửi, đưa những phân tử mùi đến cơ quan khứu giác. Không khí đi qua cửa mũi trước, qua tiền đình mũi qua phần hốc mũi trung gian rồi chia thành hai luồng. Luồng thứ nhất quan trọng hơn hướng về cửa mũi sau, chiếm tầng dưới hốc mũi hay còn gọi là tầng hô hấp, tầng này chiếm toàn bộ phần xoáy của luồng không khí, luồng thứ hai đi lên đến tầng trên của hốc mũi hay là tầng khứu.

Phần lõi của xương cuộn giữa và phần lõi của niêm mạc vách ngăn (củ vách ngăn) ở đối diện xương cuộn giữa phần chia luồng không khí cho hai tầng. Tầng khứu giác và tầng hô hấp thông với nhau từ trên xuống dưới nhưng lại khác nhau về hình thái, tính chất niêm mạc sự phân bố mạch máu và sự phân bố thần kinh đối với từng chức năng riêng của mũi.



**Hình 1.5. Đường đi của luồng không khí qua tầng dưới, luồng khứu giác đi lên tầng trên.**



Những vị trí, hình thái dị hình vách ngăn của hốc mũi gồm: vẹo, lệch, mào, dày, gai hoặc phối hợp với nhau. Ảnh hưởng của dị hình vách ngăn đối với chức năng của mũi rất khác nhau và phụ thuộc vào vị trí của nó. Người ta xếp những dị hình vách ngăn theo 5 khu vực từ trước ra sau [13], [49].

Vùng 1 hay còn gọi là vùng tiền đình. Ở vùng này thường gặp sự lệch khớp của bờ dưới sụn vách ngăn khỏi rãnh xương của nó. Trong trường hợp này nó tạo ra một đường gờ ở sàn mũi, đồng thời gây hẹp hốc mũi một bên. Dị hình loại này chỉ gây trở ngại đối với luồng khí thở ở mức độ vừa phải, với điều kiện là lỗ mũi bên đối diện được thông suốt [58], [59].

Vùng 2 là vùng van, dị hình vùng này nó có chung ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng thông khí mũi.

Vùng 3 là vùng trần hốc mũi, vùng này ít liên quan đến chu trình thông khí của mũi vì nó không có tổ chức cương, tuy nhiên đây là vùng xoáy của luồng khí, tại vùng này có sự xoay đổi hướng của luồng khí thở. Vì vậy những dị hình mũi ở vùng này thường làm lệch hướng của dòng khí.

Vùng 4 hay còn gọi là vùng các cuộn. Dị hình vùng này thường gây nên các triệu chứng ngạt mũi, đau đầu và các chứng như viêm xoang, viêm họng.

Vùng 5 là vùng bướm khẩu cái. Dị hình ở vùng này có nguy cơ gây đau đầu ở sâu và lan toả kèm theo viêm vôi nhĩ và biến chứng viêm tai giữa.

### **1.1.3. Phân loại dị hình vách ngăn**

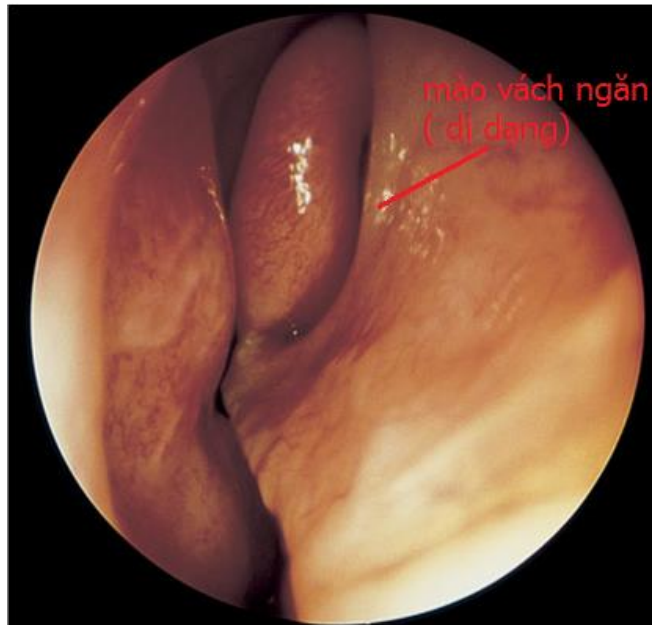
#### *1.1.3.1. Theo hình dạng của vách ngăn mũi*

- VVN hình chữ C : vách ngăn bị vẹo đều dạng lồi nghiêng về một bên.
- VVN hình chữ S : là sự xuất hiện một chỗ lồi ở phần cao và một chỗ lồi ở phần thấp của phía đối bên.

- Gai VNM : là dị hình khu trú tại một điểm và nhô lên giống như gai hoa hồng gọi là gai VNM.

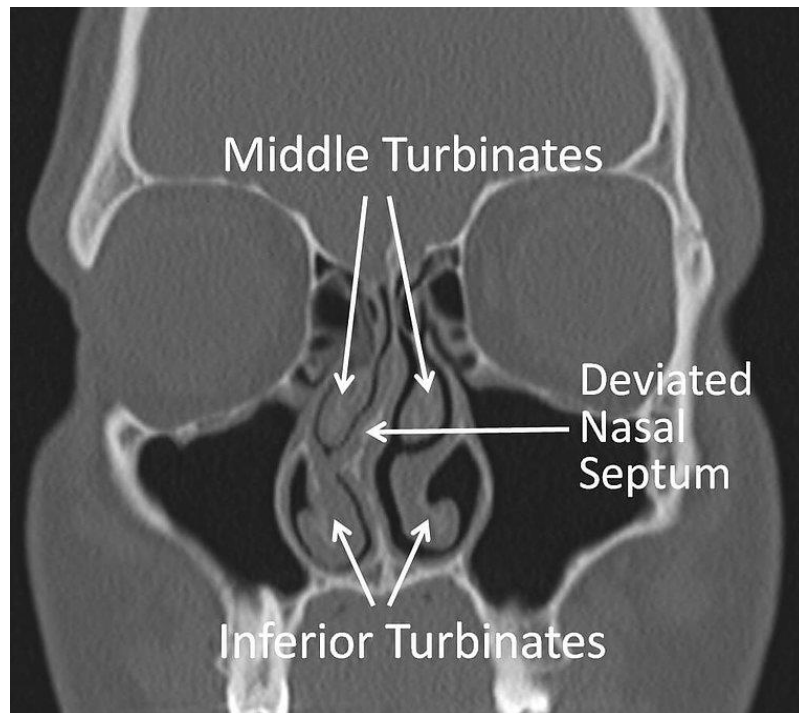
- Mào VNM : là mào xương khi có phì đại khớp nối của các phần VNM. Mào VNM thường ở dọc bờ trên xương lá mía và đi chéo từ dưới lên trên.

- VVN phức tạp : kết hợp của các loại trên.



**Hình 1.6: Vẹo vách ngăn mũi qua nội soi**

*(Nguồn: Huỳnh Khắc Cường, Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh lý mũi xoang (2006), trang 93 [2])*



**Hình 1.7. Vẹo vách ngăn mũi qua CT-Scan**

(Nguồn: Huỳnh Khắc Cường, Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh lý mũi xoang (2006), trang 90 [2])

#### 1.1.3.2. Theo Mladina [60]

- Loại 1 : VVN một bên, trong vùng van mũi, không chạm đến van mũi, nó không làm thay đổi góc van sinh lý ( $15^\circ$ ) và vì vậy có vai trò không đáng kể trong sinh lý bệnh của mũi.

- Loại 2 : VVN một bên, trong vùng van mũi mà chạm đến van mũi, vì vậy đã làm giảm bớt góc van sinh lý ( $<15^\circ$ ).

- Loại 3 : VVN một bên ở sâu hơn trong hốc mũi, ngang với đầu cuộn mũi giữa.

- Loại 4 : dị dạng vách ngăn cả hai bên, bao gồm loại 2 ở một bên và loại 3 ở một bên khác. Loại này cũng được biết như VVN hình chữ S.

- Loại 5 : mào vách ngăn nằm trong hốc mũi. Vách ngăn bên kia thì luôn luôn thẳng.

- Loại 6 : một bên vách ngăn có một cái rãnh giữa xương khẩu cái và mảnh đứng xương sàng, bên kia vách ngăn có mào.

- Loại 7 : kết hợp của những loại trên.

## **1.2. Triệu chứng lâm sàng cận lâm sàng viêm mũi xoang mạn tính có dị hình vách ngăn.**

### ***1.2.1. Triệu chứng lâm sàng***

BN có các triệu chứng chính VMX gồm: nghẹt mũi, tắc mũi, chảy mũi trước, sau, đau căng nặng mặt, giảm ngủ, mất mùi và sốt (trong đợt cấp).

Các triệu chứng phụ gồm: nhức đầu, ho, đau tai, nhức, căng đầy tai, đau nhức răng, hơi thở hôi, mệt mỏi và sốt.

### **1.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng**

- *Hình ảnh nội soi*

Khe giữa là nơi dẫn lưu của nhóm xoang trước gồm các xoang hàm, xoang trán và nhóm tế bào sàng trước. Do đó, hình ảnh nội soi có giá trị chẩn đoán VMX trước mạn tính là dịch khe giữa, phù nề niêm mạc khe giữa. Trên hình ảnh nội soi còn ghi nhận các cấu trúc dị hình đi kèm bệnh lý VMX như vẹo vách ngăn, concha bullosa, quá phát cuộn mũi dưới, dị hình mỏm móc, tế bào đê mũi to, hay đánh giá được niêm mạc dạng dị ứng là yếu tố gây VMX.

- *Cắt lớp vi tính ( CT Scan)*

Khi đọc CT Scan mũi xoang, phẫu thuật viên ngoài việc tìm dấu hiệu bệnh lý như dày niêm mạc, tụ dịch xoang, tắc phức hợp lỗ ngách, concha bullosa, quá phát cuộn...thì việc đánh giá kỹ các cấu trúc giải phẫu như trần sàng, xương

giấy, động mạch cảnh trong và thần kinh thị có bao xương hay không cũng rất quan trọng nhằm tránh gây tai biến nghiêm trọng trong lúc mổ [5].

Theo Nghiêm Đức Thuận, CT Scan nhạy hơn nội soi trong phản ánh tình trạng bệnh lý, đặc biệt những bất thường về cấu trúc giải phẫu, phức hợp lỗ ngách hay tình trạng niêm mạc xoang và các bất thường khác trong hệ thống các xoang [23].

### **1.2.3. Dị hình vách ngăn**

Dị hình vách ngăn ở vùng tiền đình mũi và dị hình vách ngăn ở tầng thấp hốc mũi không gây triệu chứng nhức đầu. Dị hình vách ngăn tầng cao gây nhức đầu do tạo điểm tiếp xúc.

Từ ngách giữa trở lên bao gồm mào, gai, vẹo vách ngăn. Những dị hình này thường nằm vào vùng 4 và 5 của bảng phân chia của Cotte.

Nhức đầu thường xảy ra sau cúm và kéo dài. Đau sâu ở giữa hai hố mắt lan về phía sau (vùng chẩm), thường đau 1/2 bên khi thay đổi thời tiết. Hay có cảm giác nóng, hay cảm giác kiên bò trong mũi, ngửi kém, hắt hơi, không sốt. Còn triệu chứng thực thể thì khó thấy thường phải dùng que bông thấm cocain 3% vuốt dọc theo vách ngăn, thấy mắc nghẹn không lên được. Nên làm liệu pháp thử nghiệm nếu đúng nhức đầu do vẹo vách ngăn chọc nhẹ que trâm đầu tù vào vùng đối diện với chỗ vẹo, bệnh nhân đau nửa bên mắt hoặc bôi thuốc co niêm mạc vào chỗ vẹo thì bệnh nhân hết đau đầu. Chụp film Blondeau - Hirtz sẽ thấy dị hình. Nội soi để chẩn đoán sẽ thấy được vị trí hình thể của dị hình vách ngăn. Ta có thể chẩn đoán xác định dựa vào triệu chứng lâm sàng là nhức đầu ngửi kém hay mất mùi, thực thể, kết hợp Xquang và nội soi. Chẩn đoán phân biệt với đau đầu do căn nguyên khác. Việc điều trị ít đáp ứng với nội khoa, chủ yếu phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn [61].

### 1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm xoang mạn tính

Theo EPOS 2012, chẩn đoán VMXMT khi có đủ hay nhiều hơn 2 triệu chứng chính trong đó phải có 1 triệu chứng là nghẹt mũi hay chảy mũi [32], [37], [39].

Các triệu chứng chính VMXMT (CPODS) gồm:

- Đau mặt, căng mặt, nặng mặt (Facial **P**ain/**p**ressure/**f**ullness).
- Nghẹt mũi (Nasal **O**bstruction/blockage).
- Chảy mũi trước, sau (**D**rainage).
- Mất, giảm khứu giác (**S**mill).

Và các triệu chứng này hiện diện ít nhất 12 tuần.

Và thấy hình ảnh viêm niêm mạc mũi xoang cạnh mũi trên nội soi (chảy dịch từ khe giữa, phù nề niêm mạc khe giữa) và/hay CT Scan (dày niêm mạc xoang trước, tắc phức hợp lỗ thông xoang).

Có hình ảnh dị hình vách ngăn qua nội soi mũi xoang hoặc CT Scan

### 1.4. Điều trị viêm xoang mạn tính có dị hình vách ngăn

#### 1.4.1. Nội khoa

Điều trị nội khoa trước và sau mổ rất quan trọng và góp phần quyết định thành công của phẫu thuật. Việc điều trị này bao gồm dùng kháng sinh từ 4 đến 6 tuần với kháng sinh phổ rộng hay đã làm kháng sinh đồ, steroids xịt mũi và đợt ngắn steroids toàn thân, rửa mũi, kiểm soát dị ứng hay trào ngược nếu có. Phẫu thuật chỉ thực hiện sau khi điều trị nội khoa tối đa nhưng triệu chứng BN còn, có bằng chứng về tổn thương niêm mạc dai dẳng hay tắc nghẽn xoang trên phim CT Scan [45].

### **1.4.2. Phẫu thuật**

Trước đây do quan niệm cơ chế bệnh sinh của viêm xoang mạn là nhiễm khuẩn, nên phẫu thuật kinh điển nhằm giải quyết triệt để, nạo sạch niêm mạc và mở rộng tối đa sự dẫn lưu từ xoang vào mũi. Với phương pháp phẫu thuật kinh điển, tỷ lệ tái phát khá cao trong thời gian ngắn. Nhưng với kết quả nghiên cứu của Messerklinger, Wigand công bố năm 1967, sau đó là nghiên cứu của Kennedy, Stammberger, những hiểu biết về sinh lý chức năng mũi xoang được hiểu rõ: Rối loạn sự thanh thải niêm lông, tắc nghẽn phức hợp lỗ thông - khe tạo nên vòng xoắn bệnh lý đưa đến niêm mạc hô hấp lông chuyển mất dần chức năng dẫn lưu, tự lọc sạch và tình trạng viêm niêm mạc mũi xoang càng nặng hơn. Mục tiêu phẫu thuật là giải quyết vòng xoắn bệnh lý này, bảo tồn tối đa niêm mạc, giúp niêm mạc phục hồi, tái lập chức năng sinh lý tự nhiên của xoang cạnh mũi. Phương pháp mổ nội soi mang lại kết quả tốt hơn so phương pháp cũ, chủ yếu là phẫu thuật nội soi chức năng (FESS) [62].

### **1.4.3. Các loại phẫu thuật**

Theo Phạm Kiên Hữu, tùy theo bệnh tích mà phẫu thuật viên tiến hành các loại phẫu thuật khác nhau [10].

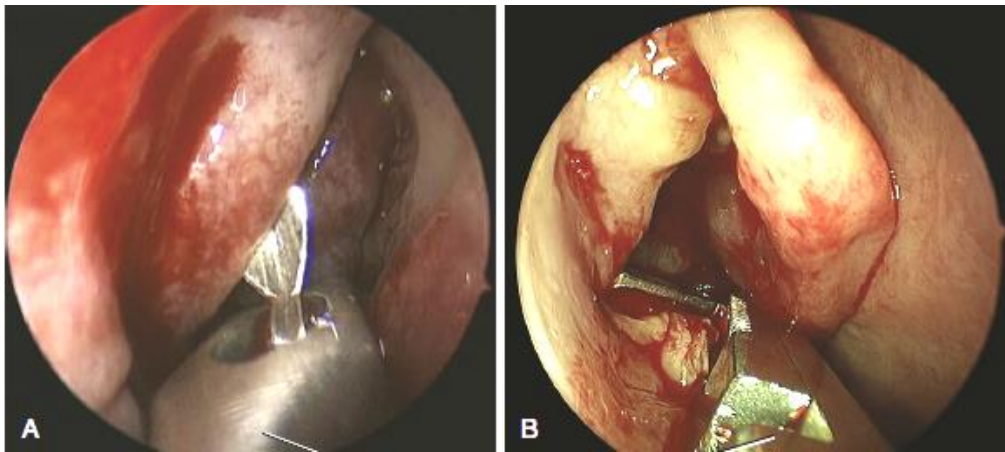
*Loại 1: Mở mòm móc ± mở xoang hàm*

- Mở mòm móc: Là bước khởi đầu cho phẫu thuật nội soi mũi xoang. Lấy bỏ mòm móc nhưng giữ lại niêm mạc quanh lỗ thông tự nhiên của xoang hàm. Trong bước này, nếu phần trên mòm móc bám vào nền sọ hay cuốn giữa thì có thể giữ lại phần trên mòm móc tránh tổn thương niêm mạc vách trán.

- Mở xoang hàm loại I: Lỗ thông tự nhiên xoang hàm được mở rộng ra phía sau, nhưng không quá 1cm. Trong trường hợp đã có một lỗ thông phụ thì lỗ thông chính được mở thông với lỗ thông phụ của xoang hàm.

- Mở xoang hàm loại II: Lỗ thông xoang hàm được mở rộng khoảng 2cm theo hướng xuống dưới và ra sau.

- Mở xoang hàm loại III: Lỗ thông xoang hàm được mở rộng ra đến gần thành sau xoang hàm, phía trước được mở rộng đến mào lệ và phía dưới đến lưng của cuốn mũi dưới. Thủ thuật này giúp xử trí các bệnh lý bên trong xoang hàm, u nấm, viêm xoang hàm thứ phát do răng hay polyp trong lòng xoang.



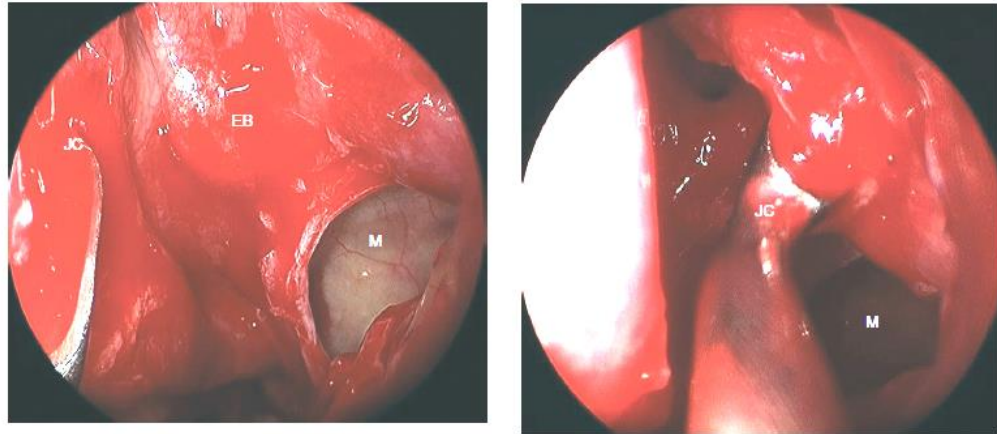
**Hình 1.8. Mở khe giữa (lấy mỗm mớc và mở lỗ thông xoang hàm)**

(Nguồn: *Atlas of endoscopic sinus and skull base surgery*, 2013[51])

*Loại 2: Phẫu thuật nạo sàng trước*

Bao gồm các bước như mở mỗm mớc, mở các tế bào sàng trước cho đến mảnh nền cuốn mũi giữa (kể cả tế bào agger nasi) nhưng không mở rộng quá mức cần thiết tế bào agger nasi tránh tổn thương niêm mạc dẫn đến tai biến hẹp ngách trán sau mỗ.





**Hình 1.9. Phẫu thuật nạo sàng trước**

(Nguồn: *Atlas of endoscopic sinus and skull base surgery, 2013[51]*)

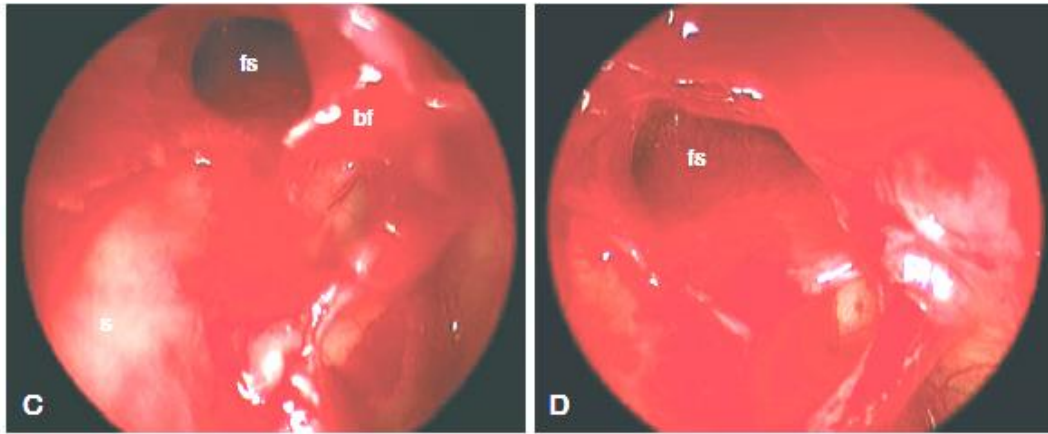
*Loại 3: Phẫu thuật nạo sàng trước – trán ± mở xoang trán*

Phẫu thuật mở sàng trước - trán bao gồm phẫu thuật mở ngách trán và các tế bào sàng trước. Chỉ định mở ngách trán khi điều trị viêm xoang trán bằng nội khoa hợp lý nhưng không có kết quả, đã phẫu thuật nạo sàng kết hợp điều trị nội nhưng không khỏi viêm xoang trán.

- Phẫu thuật mở xoang trán loại I: Vùng ngách trán giữ nguyên, thực hiện khi BN có mòm móc bám lên nền sọ hay cuốn mũi giữa gây hẹp ngách trán. Trường hợp này phần trên mòm móc được lấy đi, ngách trán mở thông nếu không có cấu trúc lân cận làm tắc nghẽn như tế bào agger nasi to, tế bào bóng trán, tế bào trên ổ mắt.

- Phẫu thuật mở xoang trán loại II: Mở rộng ngách trán bằng phẫu tích lấy các vách xương (dưới niêm mạc) của tế bào agger nasi to, tế bào bóng trán, tế bào trên ổ mắt làm hẹp ngách trán.

- Phẫu thuật mở xoang trán loại III: Phẫu thuật mở thật rộng ngách trán gồm lấy đi gai mũi trán hay mũi trán.



**Hình 1.10. Phẫu thuật vào xoang trán**

(Nguồn: *Atlas of endoscopic sinus and skull base surgery, 2013[51]*)

*Loại 4: Phẫu thuật nạo sàng bướm ± mở xoang bướm*

Phẫu thuật sàng bướm bao gồm mở sàng trước, mở sàng sau và mở xoang bướm kèm theo.

Phẫu thuật mở xoang bướm là phẫu thuật mở rộng lỗ thông tự nhiên xoang bướm qua đường mũi.

- Phẫu thuật mở xoang bướm loại I: là tìm và xác định lỗ thông xoang bướm mà không mở rộng lỗ thông xoang bướm.

- Phẫu thuật mở xoang bướm loại II: Phẫu thuật mở rộng phần trên tới kích thước khoảng một nửa chiều cao của xoang bướm.

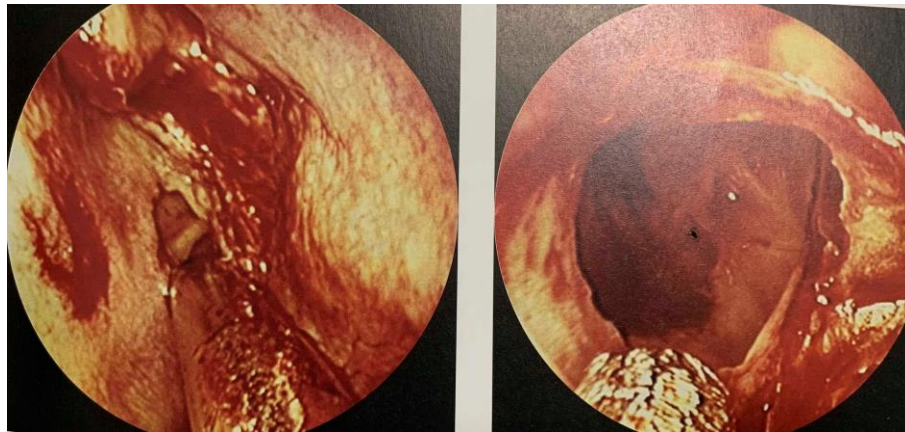
- Phẫu thuật mở xoang bướm loại III: Phẫu thuật mở rộng xoang bướm về phía trên và phía dưới đến toàn bộ chiều cao của xoang bướm và về phía ngoài đến thành ngoài hay các cơ quan lân cận của xoang bướm.

*Loại 5: Phẫu thuật mở xoang sàng trán bướm ± mở xoang trán, mở xoang hàm, mở xoang bướm.*

Phẫu thuật bao gồm các công đoạn: mở sàng trước, mở sàng sau, phẫu thuật mở xoang bướm, phẫu thuật mở xoang trán. Nói cách khác phẫu thuật là sự kết hợp của tất cả các phẫu thuật được mô tả trước đây.

*Loại 6: Phẫu thuật mở xoang bướm (loại I, II, III)*

Phẫu thuật mở xoang bướm đơn thuần là phẫu thuật mở rộng lỗ thông tự nhiên của xoang bướm qua đường mũi. Đã được mô tả ở phần trên.



**Hình 1.11. Phẫu thuật mở xoang bướm**

(Nguồn: Phạm Kiên Hữu [10])

- Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi

Chỉ định trong trường hợp giải quyết tắc mũi do vách ngăn, nhiều đợt viêm mũi xoang tái phát do vẹo vách ngăn ở cao gây cản trở dẫn lưu mũi xoang, vẹo vách ngăn chèn ép cuốn giữa. Phẫu thuật Killian thực hiện bằng cách bóc tách niêm mạc vách ngăn, bộc lộ phần sụn và xương bị vẹo, cắt lấy phần vẹo rồi đậy niêm mạc như cũ.

*Tai biến trong phẫu thuật, các biến chứng sau phẫu thuật*

- Phẫu thuật nội soi mũi xoang là một phẫu thuật tương đối phức tạp và có nhiều biến chứng như mổ vào hốc mắt, vào não gây rách màng cứng, dò dịch não tủy, tổn thương thần kinh thị và động mạch cảnh trong, tai biến thường gặp nhất

là mổ vào hốc mắt gây tụ máu hốc mắt, tràn máu kết mạc, lồi nhãn cầu, kẹt cơ vận nhãn gây song thị hay nặng hơn là mù do chèn ép thần kinh thị [7].

Tai biến trong phẫu thuật

- Chảy máu: Nguyên nhân là do tổn thương động mạch bướm khẩu cái hay động mạch sàng trước. Xử trí gồm có đặt bấc mũi có tẩm thuốc co mạch, đốt điện. Trường hợp chảy máu dữ dội từ động mạch cảnh trong bị tổn thương (trong lòng xoang bướm) phải lập tức nhét bấc vào xoang bướm thật chặt, hồi sức BN và hội chẩn bác sĩ can thiệp mạch máu để xử trí.

- Dò dịch não tủy: Do rách màng cứng, dịch trong chảy ra ngoài qua mũi, chẩn đoán xác định khi lấy dịch não tủy xét nghiệm sinh hóa, điều trị phối hợp chuyên khoa ngoại thần kinh.

- Tai biến mắt:

- Tổn thương ổ mắt hay thoát vị mô mỡ ổ mắt: Do tổn thương xương giấy và ổ mắt gây tụ máu quanh ổ mắt [50].
- Xuất huyết sau ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong gây song thị sau mổ.
- Tổn thương thần kinh thị giác.

- Các biến chứng sau phẫu thuật: Chảy máu, xơ dính, tái phát.

#### ***1.4.4. Điều trị sau phẫu thuật***

- Nội dung điều trị sau mổ gồm:

- Kháng sinh chống bội nhiễm do máu đông, dịch xuất tiết sau mổ.
- Kháng viêm, giảm đau: giúp giảm phù nề và giảm đau cho BN sau mổ.
- Loãng nhầy: giúp tăng hoạt động hệ thống lông chuyên.
- Rửa mũi: lấy đi máu đông, dịch xuất tiết giúp sự lành thương xảy ra nhanh chóng, phục hồi hệ thống nhày lông.

- Điều trị bệnh lý kèm theo như viêm mũi dị ứng, trào ngược dạ dày thực quản.

- Việc săn sóc theo dõi sau mổ có tầm quan trọng tương đương với kỹ thuật mổ. Việc không theo dõi và xử trí kịp thời, các mảnh mô phù nề, hoại tử xương chết và máu đông còn lại trong hố mổ không được lấy sạch gây nên sẹo xấu, xơ dính hố mổ. Do đó cần xây dựng kế hoạch săn sóc sau mổ cho đến khi hố mổ lành hẳn (khoảng 4 – 6 tuần sau mổ). Theo nghiên cứu của Trần Mỹ Bình, rửa mũi bằng dung dịch nước muối ưu trương 3% trong chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi mũi xoang có hiệu quả, an toàn, giúp cải thiện triệu chứng đau, phục hồi khứu giác và nghẹt mũi tốt hơn so với dùng nước muối đẳng trương một cách có ý nghĩa [1]. Nghiên cứu Phạm Kiên Hữu cũng cho thấy việc bơm rửa mũi sau mổ giúp giảm bớt các triệu chứng khó chịu và rút ngắn thời gian lành thương sau mổ [11].

#### ***1.4.5. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật***

Nhiều công trình nghiên cứu về hiệu quả của phẫu thuật nội soi mũi xoang đã được báo cáo với tỷ lệ thành công 70% đến 98,4% [13]. Tỷ lệ này tùy thuộc tiêu chí đánh giá từng tác giả. Sự không thống nhất về tiêu chí gây khó khăn cho việc so sánh kết quả giữa các nhóm.

Chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mũi xoang dựa trên tiêu chí sự cải thiện triệu chứng cơ năng sau mổ, cải thiện triệu chứng sau mổ dựa trên nội soi.

Theo Nghiêm Đức Thuận, đánh giá kết quả khám nội soi sau mổ dựa trên tình trạng hố mổ, ngách mũi, hố mũi và lỗ thông xoang [23]:

- Kết quả tốt: được đánh giá là hố mổ sạch, mũi thở thông, các xoang được dẫn lưu tốt.

- Kết quả khá: hố mổ có dịch xuất tiết, mũi thông thoáng.

- Kết quả trung bình: hố mổ có dịch nhầy niêm mạc phù nề.
- Kết quả kém: hố mổ bị dính có dịch mũ hoặc tái phát polyp.

Nghiên cứu của Nghiêm Đức Thuận trên 763 BN VXM có phẫu thuật nội soi mũi xoang ghi nhận tỷ lệ cải thiện triệu chứng sau mổ cao như nghẹt mũi 94,25%, chảy mũi 84,2%, đau đầu 74,58% và ngửi kém 68,15%, nội soi sau mổ kết quả tốt và khá chiếm đến 87,94% [23].

## **1.5. Tình hình nghiên cứu phẫu thuật nội soi mũi xoang**

### **1.5.1. Trong nước**

Nghiêm Đức Thuận và cộng sự (2011) nghiên cứu 42 bệnh nhân dị hình vách ngăn điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện 103. Kết quả cho thấy: bệnh hay gặp ở nam giới (61,90%), triệu chứng lâm sàng làm BN khó chịu nhất là ngạt mũi 1 bên (69,04%). Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn qua nội soi có thời gian ngắn (15,3 phút), máu mất ít (16,85 ml), không gặp tai biến trong phẫu thuật và đạt kết quả tốt (92,85%) [24].

Nghiên cứu của Phùng Minh Lương trên 2850 BN VMX ghi nhận tỷ lệ VMX trước mạn tính là 37,29%, VMX sau mạn tính là 46,51% và viêm đa xoang mạn tính là 16,1% [14].

Nghiên cứu của Nghiêm Đức Thuận trên 763 BN VXM có phẫu thuật nội soi mũi xoang ghi nhận các phẫu thuật thường làm là mở hàm sàng trước 47,05%, mở hàm sàng toàn bộ 38,14% và mở hàm sàng trán bướm 14,81%. Các loại phẫu thuật này căn cứ vào tổn thương các xoang mà quyết định [23].

Nghiên cứu của Phạm Kiên Hữu, qua 200 TH phẫu thuật nội soi không nhét bác tại BV ĐHYD, các phẫu thuật nhiều nhất là nạo sàng trước và sau 68,5%, phẫu thuật xoang bướm 55% và mở khe giữa 29,5% [9].

Theo nghiên cứu của Phan Vũ Thanh Hải trên 520 BN VXM có FESS các phẫu thuật thực hiện nhiều nhất là mở khe giữa và nạo sàng trước 84% [4].

Nghiên cứu của Vũ Hải Long, nhức đầu và nghẹt mũi là hai triệu chứng giảm rõ rệt nhất (88,6% và 86,4%). Trong khi đó, vương đàm là triệu chứng dai dẳng nhất, tỷ lệ hết và giảm là 62,9%. 59% BN hết hoàn toàn các triệu chứng sau mổ. Có 92,1% BN hài lòng với kết quả phẫu thuật [12].

### ***1.5.2. Trên thế giới***

Tại Mỹ, nghiên cứu của Neil Bhattacharyya trên 100 BN VXM về hiệu quả của phẫu thuật nội soi mũi xoang trên triệu chứng cơ năng, việc sử dụng thuốc và các yếu tố liên quan. Trước mổ, điểm số của những triệu chứng chính (đau mặt/căng mặt, sung huyết mắt/đầy mắt, nghẹt mũi, mất mùi) là 2,5-3,5 (thang điểm Likert, 0 là triệu chứng vắng mặt, 5 là triệu chứng nặng nhất) và các triệu chứng phụ (đau đầu, sốt, mệt mỏi, đau răng, ho, đau tai) là 0,8-2,8. Sau mổ, các triệu chứng chính và phụ được ghi nhận, số lượng lớn > 85% BN giảm căng mặt, tắc mũi, chảy mũi, đau đầu  $p < 0,001$ . Về việc sử dụng thuốc sau mổ, nghiên cứu ghi nhận tăng sử dụng corticosteroids xịt mũi nhưng giảm sử dụng thuốc kháng histamin, giảm sử dụng kháng sinh sau mổ [34].

Nghiên cứu của Mishra tại Nepal, 120 BN VXM có phẫu thuật nội soi mũi xoang ghi nhận tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 94% với  $p < 0,05$ . Đa số BN hài lòng với chất lượng cuộc sống tốt sau mổ. Kết quả này được phân làm 3 mức: Kết quả rất tốt khi giảm hoàn toàn các triệu chứng và giảm số đợt tái phát trong năm < 2 đợt, Kết quả tốt khi BN có cải thiện triệu chứng và 2 – 5 đợt tái phát trong năm, Kết quả xấu khi sau mổ không cải thiện hay các triệu chứng tồi tệ hơn. Nghiên cứu cho thấy sau FESS, các triệu chứng cải thiện nhiều nhất là nghẹt mũi 93,7%, đau đầu 93,1%, chảy mũi 89,91% và hắt hơi 88,88% [53].

Nghiên cứu của Bezerra tại Brazil, đánh giá chất lượng cuộc sống của 43 BN VMXMT sau mổ nội soi mũi xoang 12 tháng thông qua SNOT-20 cho thấy có sự cải thiện các triệu chứng rõ rệt ở cả 5 nhóm triệu chứng mũi, xoang cạnh mũi, rối loạn giấc ngủ và sinh hoạt xã hội, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tác giả thấy rằng không có sự khác biệt giới tính về chất lượng cuộc sống sau mổ [33].



## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. Đối tượng**

##### **2.1.1. Đối tượng nghiên cứu**

Những bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có dị hình vách ngăn được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ 3/2018 đến 6/2019

##### **2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu**

- BN từ 16 tuổi trở lên.
- BN được chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính dựa vào:

Triệu chứng lâm sàng: Bệnh nhân có đủ 2 tiêu chuẩn chính trở lên hay 1 tiêu chuẩn chính và 2 tiêu chuẩn phụ. Các triệu chứng này hiện diện ít nhất 12 tuần [40].

##### ***Nhóm triệu chứng chính gồm:***

- + Nghẹt mũi, tắc mũi
- + Chảy mũi trước hoặc sau
- + Đau căng nặng mặt
- + Giảm ngửi, mất mùi
- + Sốt (trong đợt cấp)

##### ***Nhóm triệu chứng phụ gồm:***

- + Nhức đầu
- + Ho
- + Đau tai, nhức, căng đầy tai
- + Đau nhức răng

- + Hơi thở hôi
- + Mệt mỏi
- + Sốt

Triệu chứng cận lâm sàng: Hình ảnh viêm niêm mạc mũi/ xoang cạnh mũi trên nội soi (chảy dịch từ khe giữa, phù nề niêm mạc khe giữa) và/ hay CT Scan (dày niêm mạc xoang trước gồm xoang hàm, xoang trán và sàng trước, tắc phức hợp lỗ thông xoang).

- Có hình ảnh dị hình vách ngăn trên nội soi mũi xoang, phân loại theo hình dạng của VNM và theo Mladina (1987).
- Được điều trị bằng phẫu thuật nội soi mũi xoang, chỉnh hình vách ngăn nội soi.

### ***2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ***

- Viêm xoang trước mạn tính có polyp mũi.
- Viêm xoang trước mạn tính tái phát sau mổ.
- Viêm xoang trước mạn tính do nguyên nhân từ răng, chấn thương hay u.
- Bệnh nhân không tái khám định kỳ 1 tuần và 3 tháng theo phiếu hẹn.
- BN có bệnh lý nội khoa đi kèm không thể gây mê và phẫu thuật.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### ***2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu***

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ
- Thời gian nghiên cứu: Từ 3/2018 đến 6/2019

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

### ***2.2.1. Thiết kế nghiên cứu***

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu có phân tích.

### 2.2.2. *Cỡ mẫu*

Cỡ mẫu tính theo công thức:

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

Trong đó:

Độ tin cậy mong muốn là 95% nên  $Z=1,96$ .

Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi mũi xoang theo Nguyễn Hữu Khôi [13] là 92,1% nên  $p=0,921$ .

Chấp nhận sai số tối thiểu nghiên cứu là 6% nên  $d=0,06$ .

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu hợp lý sẽ là:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,921 \cdot (1 - 0,921)}{0,06^2} = 78$$

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần lấy là 78

Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện, sự mất mẫu và BN ngừng tham gia nghiên cứu tại thời điểm tái khám là khó tránh khỏi. Vì vậy, trừ hao số mẫu mất là 10% cỡ mẫu tối thiểu, ta có cỡ mẫu cần nghiên cứu là 86 mẫu.

### 2.2.3. *Phương pháp chọn mẫu*

Chọn tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đến khám và điều trị tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ 3/2018 đến 6/2019.

### 2.2.4. *Nội dung nghiên cứu*

- Đặc điểm lâm sàng BN VMX mạn tính: nghẹt mũi/tắc mũi, chảy mũi trước, sau, cả hai, đau căng nặng mặt, ngủ kém và nhức đầu.

- Đặc điểm cận lâm sàng BN VMX mạn tính gồm: hình ảnh nội soi (dịch khe giữa, mòm móc, bóng sàng, các hình ảnh dị hình vách ngăn và cuộn mũi), CT Scan (thang điểm Lund – Mackay, các xoang viêm và mức độ viêm,

phức hợp lỗ thông khe, yếu tố dị hình giải phẫu như tế bào Haller, Agger nasi to, trần sàng).

- Đánh giá kết quả phẫu thuật gồm thời gian mổ, tai biến lúc mổ và biến chứng sau mổ, cải thiện triệu chứng cơ năng và nội soi (sự thông thoáng lỗ thông xoang, dịch xuất tiết và tình trạng niêm mạc).

- Các biến số nghiên cứu như sau:

#### 2.2.4.1. Đặc điểm chung

- Giới: Nam, Nữ.

- Tuổi: phân thành 6 nhóm tuổi gồm: dưới 20, từ 20 đến dưới 29, từ 30 đến 39, từ 40 đến dưới 49, từ 50 đến dưới 59, trên 60 tuổi.

- Địa dư: Thành thị, Nông thôn.

- Nghề nghiệp: phân thành năm nhóm gồm: Học sinh, sinh viên; Nông dân; Công nhân; Cán bộ, viên chức; Khác.

- Thời gian mắc bệnh: Tính từ lúc khởi phát triệu chứng lần đầu đến lúc phẫu thuật [19]: dưới 1 năm, từ 1 năm đến 2 năm, từ 3 năm đến 4 năm, trên 4 năm.

#### 2.2.4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

##### **Triệu chứng cơ năng**

- Nghẹt mũi: tình trạng sung huyết, phù nề do viêm làm hốc mũi hẹp lại, có thể 1 hoặc 2 bên, hoàn toàn (tắc), hoặc không hoàn toàn (nghẹt) do mức độ phù nề của niêm mạc:

- Đánh giá tính chất nghẹt mũi thành 2 loại là nghẹt mũi từng lúc và nghẹt mũi liên tục. Nghẹt mũi từng lúc là bệnh nhân có cảm giác nghẹt mũi vào từng thời điểm nhất định trong ngày, trong khi nghẹt mũi liên tục là bệnh nhân có cảm giác nghẹt mũi mọi thời điểm trong ngày.

- Đánh giá mức độ nghẹt mũi theo thang điểm NOSE.

**Bảng 2.1. Thang điểm NOSE**

	Triệu chứng	Không ảnh hưởng	Rất ít	Trung bình	Rất nhiều	Nghiêm trọng
1	Nghẹt mũi hay cảm giác thiếu không khí	0	1	2	3	4
2	Tắc mũi hay nghẹt hoàn toàn	0	1	2	3	4
3	Khó chịu khi thở bằng mũi	0	1	2	3	4
4	Nghẹt mũi ảnh hưởng giấc ngủ	0	1	2	3	4
5	Không thể lấy đủ khí qua mũi khi tập thể dục hay gắng sức	0	1	2	3	4

- Chảy mũi: bình thường mũi không có chảy mũi mà chỉ có hỉ mũi nước trong. Khi có bệnh thì thường hay chảy nước nhày trong, chảy chất nhòn hay chảy mủ. Hỏi BN các tính chất sau: Chảy mũi trước, chảy mũi sau hay chảy mũi cả trước và sau.

- Đau nặng đầu/ mặt: cảm giác đau, tung tức mơ hồ, không vị trí xác định, tăng khi cử động vùng đầu – cổ, do ứ đọng dịch tiết trong các hốc xoang. Khai thác tính chất đau từng cơn hay đau liên tục.

- Rối loạn về khứu giác: xuất hiện có kèm hoặc không kèm triệu chứng nghẹt mũi. BN giảm hoặc không nhận biết mùi, biểu hiện ở 1 hoặc cả 2 bên mũi. Chia 3 mức độ:

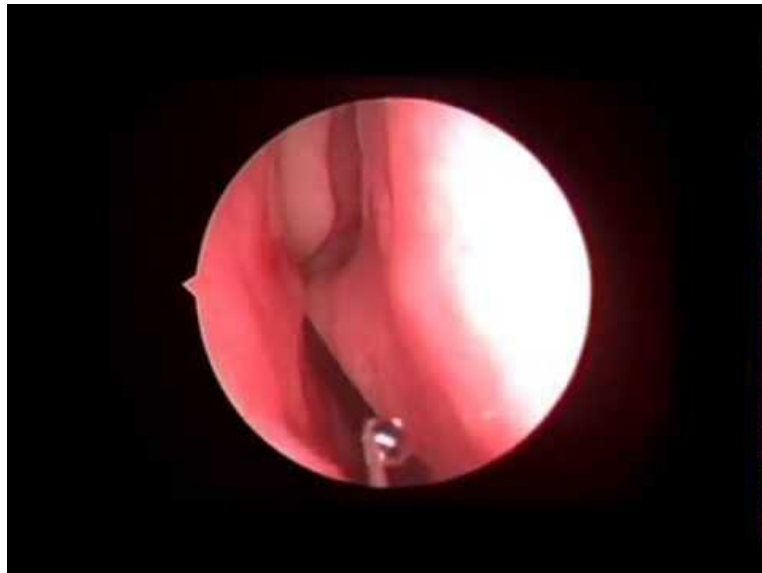
- Nhẹ: chỉ giảm ngửi từng lúc khi có nghẹt, hoặc có ứ đọng dịch mũi.

- Vừa: không ngửi được mùi thông thường trong sinh hoạt, nhưng với mùi đặc biệt vẫn còn ngửi được .
- Nặng: mất khứu, không ngửi được hoàn toàn kể cả khi dùng thuốc co mạch.

### **Hình ảnh nội soi trước mổ**

- Vách ngăn vẹo: tiến hành xác định và phân loại DHVN theo hình dạng của VNM và theo phân loại của Mladina [54].

- + VVN chữ C tương ứng VVN loại 1,2,3 (theo Mladina).
- + VVN chữ S tương ứng loại 4.
- + Mào vách ngăn tương ứng loại 5,6.
- + Gai vách ngăn tương ứng loại 5.
- + VVN phức tạp tương ứng loại 7..



**Hình 2.1. Gai vách ngăn**

(Nguồn: BN số 5)

- Cuốn mũi giữa có Concha bullosa: khi cuốn giữa khí hóa, phình to chèn ép khe giữa, cần đánh giá kết hợp với CT Scan.

- Bóng sàng:

Bình thường

Qúa phát: chèn ép hay làm tắc lỗ thông xoang hàm.

- Mỏm móc:

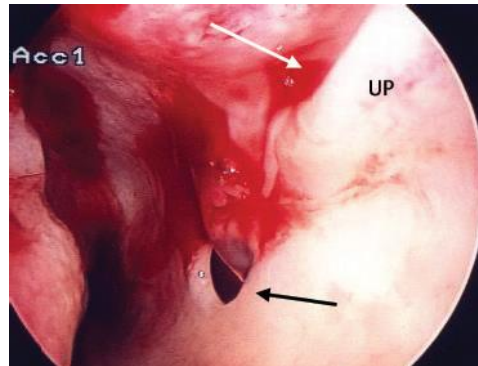
Bình thường

Qúa phát: chèn ép hay làm tắc lỗ thông xoang hàm.

- Lỗ xoang hàm phụ:

Không

Có : vị trí vùng thóp trước hay thóp sau. Bình thường qua nội soi không thấy được lỗ thông xoang hàm tự nhiên, nếu soi chẩn đoán thấy được lỗ thông xoang hàm thì đó chính là lỗ thông phụ. Nếu lỗ thông phụ nằm vùng fontanelle sau sẽ thấy nằm gần thành sau xoang hàm, phía sau mỏm móc, nếu lỗ thông phụ nằm vùng fontanelle trước thì nằm phía trước mỏm móc.



**Hình 2.2. Lỗ thông xoang hàm phụ nằm ở vùng fontanelle sau**

(Nguồn: *Endoscopic Sinus Surgery, 2013*[56])

- Dịch các khe mũi: Có, không. Đưa ống soi vào khe giữa, khe trên quan sát nếu có dịch thì đó là do dịch xuất tiết trong xoang. Đánh giá tính chất dịch gồm: loãng, đặc; Màu sắc dịch: trong, đục.

### **Cắt lớp vi tính ( CT Scan)**

- Thang điểm Lund – Mackay trong CT scan [2]: Chỉ số điểm dựa vào các dấu hiệu CT scan, các vùng giải phẫu khác nhau với chỉ số:

Các xoang viêm: xoang hàm, xoang sàng trước, xoang trán (0 điểm: không mờ, 1 điểm: mờ một phần, 2 điểm: mờ toàn bộ).

Phức hợp lỗ thông khe (0 điểm: thông thoáng, 2 điểm: tắc nghẽn).

**Bảng 2.2. Thang điểm Lund – Mackay trên phim CT Scan xoang**

<b>XOANG</b>	<b>PHẢI</b>	<b>TRÁI</b>
Xoang trán	0,1,2	0,1,2
Xoang hàm	0,1,2	0,1,2
Xoang sàng	0,1,2	0,1,2
Xoang trán	0,1,2	0,1,2
Phức hợp lỗ thông khe	0 hoặc 2	0 hoặc 2

Vách ngăn: Vẹo chạm cuốn mũi: Đánh giá trên hai bình diện Axial và Coronal

#### ***Theo hình dạng của vách ngăn mũi:***

- + VVN hình chữ C : vách ngăn bị vẹo đều dạng lò nghiêng về một bên.
- + VVN hình chữ S : là sự xuất hiện một chỗ lồi ở phần cao và một chỗ lồi ở phần thấp của phía đối bên.
- + Gai VNM : là dị hình khu trú tại một điểm và nhô lên giống như gai hoa hồng gọi là gai VNM.
- + Mào VNM : là mào xương khi có phì đại khớp nối của các phần VNM. Mào VNM thường ở dọc bờ trên xương lá mía và đi chéo từ dưới lên trên.
- + VVN phức tạp : kết hợp của các loại trên.



**Theo Mladina (1987):**

+ Loại 1 : VVN một bên, trong vùng van mũi, không chạm đến van mũi, nó không làm thay đổi góc van sinh lý ( $15^\circ$ ) và vì vậy có vai trò không đáng kể trong sinh lý bệnh của mũi.

+ Loại 2 : VVN một bên, trong vùng van mũi mà chạm đến van mũi, vì vậy đã làm giảm bớt góc van sinh lý ( $<15^\circ$ ).

+ Loại 3 : VVN một bên ở sâu hơn trong hốc mũi, ngang với đầu cuộn mũi giữa.

+ Loại 4 : dị dạng vách ngăn cả hai bên, bao gồm loại 2 ở một bên và loại 3 ở một bên khác. Loại này cũng được biết như VVN hình chữ S.

+ Loại 5 : mào vách ngăn nằm trong hốc mũi. Vách ngăn bên kia thì luôn luôn thẳng.

+ Loại 6 : một bên vách ngăn có một cái rãnh giữa xương khẩu cái và mảnh đứng xương sàng, bên kia vách ngăn có mào.

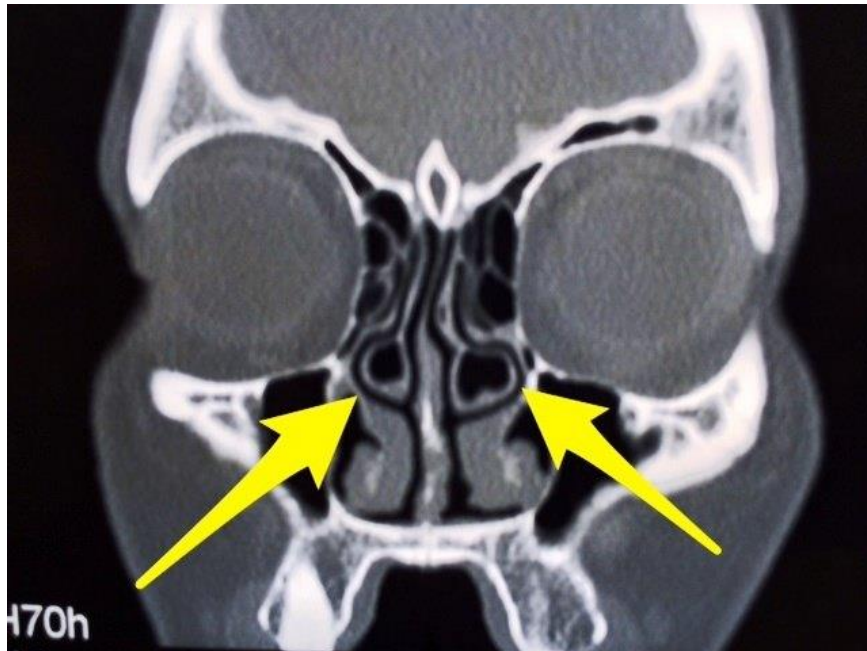
+ Loại 7 : kết hợp của những loại trên.

- Cuốn mũi:

Quá phát: Đánh giá cuộn dưới quá phát nếu hai bên cùng to, phân biệt với dạng to do chu kỳ mũi ( một bên to và một bên nhỏ).

Đảo chiều: Đánh giá cuộn giữa cong ngược chèn ép phức hợp lỗ thông khe.

Concha bullosa [8]: Nếu cuộn giữa có bóng hơi được ghi nhận trên hai bình diện coronal và axial, mức độ chèn ép phức hợp lỗ thông khe.



**Hình 2.3. Khí hóa cuộn giữa hai bên**

(Nguồn: *Sinusitis - From microbiology to management, 2006[33]*)

- Tế bào Haller:

Không.

Có: Đánh giá sự hiện diện của tế bào Haller (tế bào sàng dưới ổ mắt) dựa vào phim CT Scan tư thế coronal. Đọc lát cắt nhìn thấy được lỗ thông xoang hàm, ta kẻ hai đường thẳng tiếp tuyến với thành trên xoang hàm và xương giấy. Tế bào Haller nếu có sẽ nằm trong góc nhị diện tạo bởi hai đường thẳng này [7].

- Tế bào Agger nasi:

Không

Có: Để đánh giá xem có tế bào này hiện diện ta đọc phim trên bình diện coronal, chọn lát cắt qua ngách trán. Nếu có tế bào Agger nasi (tế bào sàng đầu tiên) nằm phía trong xương giấy vào chèn ép ngách trán. Đánh giá mức độ chèn ép của tế bào vào ngách trán.

- Tế bào codoni:

Không

Có: Để đánh giá xem có tế bào này hiện diện ta đọc phim trên bình diện axial. Tế bào codoni là tế bào sàng sau lớn bất thường cuối cùng tiếp xúc với xoang bướm.

#### 2.2.4.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật: tính từ lúc bắt đầu phẫu thuật (gây tê mồm móc, cuốn giữa hay vách ngăn) đến khi kết thúc (nhét Merocell, nhét Meche mũi).  
Phân chia như sau: Từ 20 đến 40 phút, Từ 40 đến 60 phút, Trên 60 phút.

- Loại phẫu thuật:

+ Loại 1: mở khe giữa + CHVN

+ Loại 2: mở khe giữa + sàng trước + CHVN

+ Loại 3: mở khe giữa + sàng trước + trán + CHVN

+ Loại 4: mở sàng bướm + xoang bướm + CHVN

+ Loại 5: mở sàng, hàm, trán, bướm + CHVN

+ Loại 6: mở xoang bướm + CHVN

- Tai biến lúc mổ:

+ Chảy máu ít: do bóc tách, gỡ dính, chảy máu niêm mạc.

+ Chảy máu nhiều: tổn thương động mạch phải nhét bác cầm máu hay ngưng phẫu thuật.

+ Tổn thương nền sọ (chảy dịch não tủy): chảy dịch trong qua mũi.

+ Chấn thương ổ mắt: phù nề mi mắt, song thị. Đánh giá bằng cách ấn ổ mắt lúc mổ. Nếu có chấn thương sau mổ thấy phù nề hay tụ máu quanh ổ mắt, đánh giá thị lực sau mổ nếu có chấn thương.

- Biến chứng sau mổ:

+ Chảy máu sau rút bấc: Trước khi rút bấc mũi nên nhỏ nước muối sinh lý cho mềm, tránh dính niêm mạc vào bấc mũi. Các tai biến sau rút bấc gồm: Chảy máu ít: không cần điều trị hay chỉ cần điều trị nội, do chảy máu niêm mạc. Chảy máu nhiều: phải đưa BN lên phòng mổ cầm máu hay đặt bấc lại, do chảy máu động mạch.

+ Dính niêm mạc sau mổ: Là tình trạng dính niêm mạc do lúc phẫu thuật hay rút bấc gây tổn thương các niêm mạc bình thường. Đa số gặp trường hợp dính niêm mạc cuốn giữa vào vách mũi xoang hoặc dính vào vách ngăn.

- Triệu chứng lâm sàng (đánh giá như phần nêu trên) sau khi xuất viện 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng, đánh giá sự cải thiện của các triệu chứng so với trước mổ. Các triệu chứng gồm:

- Nghẹt mũi: đánh giá mức độ nghẹt mũi sau mổ theo NOSE.
- Chảy mũi
- Đau nặng đầu/ mặt
- Rối loạn khứu giác

- Nội soi sau mổ 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng:

- Niêm mạc: hồng, sung huyết, dính. Nếu có dính cần đánh giá xem dính niêm mạc vị trí nào, có ảnh hưởng đường dẫn lưu xoang không.
- Sự thông thoáng phức hợp lỗ ngách: Đánh giá khe mũi giữa, tình trạng thông thoáng lỗ thông xoang hàm.
- Xuất tiết: Dịch loãng, nhầy, mũ đặc.

- Phân loại kết quả: Theo Nghiêm Đức Thuận, đánh giá kết quả sau mổ dựa trên triệu chứng cơ năng, tình trạng hố mổ, ngách mũi, hố mũi và lỗ thông xoang [23].

- Kết quả tốt: được đánh giá là hết triệu chứng cơ năng, hố mắt sạch, mũi thở thông, các xoang được dẫn lưu tốt.
- Kết quả khá: các triệu chứng cơ năng giảm, hố mắt có dịch xuất tiết, mũi thông thoáng.
- Kết quả trung bình: các triệu chứng cơ năng giảm, hố mắt có dịch nhầy niêm mạc phù nề.
- Kết quả kém: các triệu chứng cơ năng không giảm, hố mắt bị dính có dịch mủ hoặc tái phát polyp.

### ***2.2.5. Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu***

#### ***2.2.5.1. Công cụ thu thập số liệu***

- Phiếu thu thập số liệu (phụ lục 1): được soạn sẵn theo mẫu, áp dụng thống nhất cho tất cả các bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu.
- Dụng cụ khám chuyên khoa: đèn lar, banh mũi.
- Bộ dụng cụ nội soi tai: ống soi 0<sup>0</sup>, 30<sup>0</sup>, HOPKINS Panoview, 4mm x 18cm; nguồn sáng Halogen hoặc Xenon 150W; dây dẫn sáng sợi thủy tinh; màn hình Karl Storz.
- Hệ thống máy chụp CLVT xương thái dương tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ, phần mềm eFilm để đọc phim và đo đạc các thông số cần thu thập.



**Hình 2.4. Bộ dụng cụ phẫu thuật mũi xoang**

(Nguồn: *Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ*)

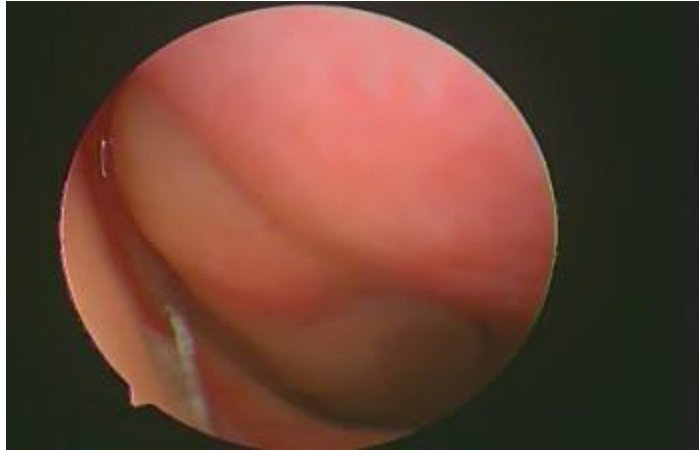
#### 2.2.5.2. Các bước tiến hành lấy mẫu

- Tất cả BN đủ tiêu chuẩn chọn mẫu đến khám và điều trị tại bệnh viện Tai mũi họng Cần Thơ từ 3/2018 đến 6 /2019 được hỏi bệnh, khám và ghi nhận đầy đủ vào phiếu thu thập số liệu (phụ lục 1).
- BN được làm các cận lâm sàng phục vụ phẫu thuật trong đó có nội soi và CT Scan.
- Tham gia hội chẩn trước mổ thống nhất phương pháp phẫu thuật cho BN.
- Trong lúc phẫu thuật, đánh giá bệnh tích, các tai biến lúc mổ nếu có.

Các bước tiến hành phẫu thuật:

- + Đặt thuốc tẩm co mạch trước mổ 10 – 15 phút.
- + Mê nội khí quản.
- + Phẫu thuật nội soi qua ống soi cứng 0 độ, đường kính 4 mm.

+ Tiêm tê niêm mạc vách ngăn 2 bên, đầu cuốn mũi giữa và đuôi cuốn giữa, móm móc bằng Medicain 2%.

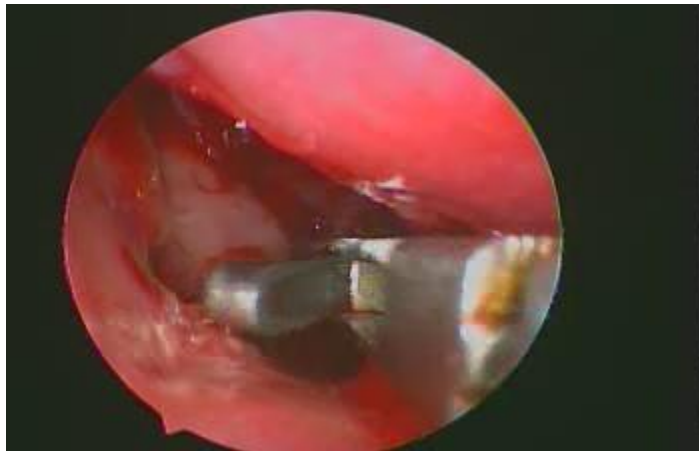


**Hình 2.5. Tiêm tê niêm mạc móm móc bằng Medicain 2%**

(Nguồn: BN số 6)

+ Dùng que thăm dò lỗ thông xoang hàm, dùng kiềm bấm ngược mở rộng lỗ thông xoang hàm tùy theo loại bệnh tích, thông thường khoảng 8 – 10 mm.

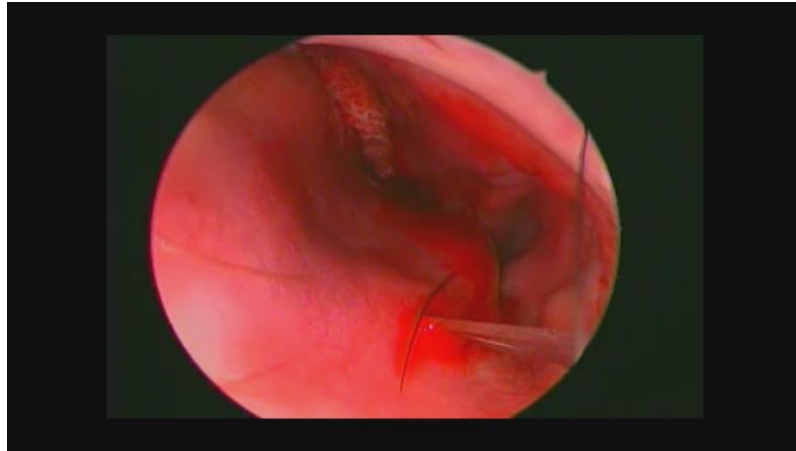
**Hình 2.6. Dùng kiềm bấm ngược mở rộng lỗ thông xoang hàm**



(Nguồn: BN số 6)

- + Lấy móm móc, nạo sàng trước sau (nếu có chỉ định).
- + Bộc lộ, đánh giá sự thông thoáng của ngách trán.
- + Phẫu thuật xoang trán (nếu có chỉ định).

- + Phẫu thuật xoang bướm (nếu có chỉ định).
- + Dùng dao rạch niêm mạc vách ngăn, bóc tách bọc lộ phần vách ngăn vẹo, dùng kèm Luc lấy hết phần vẹo, ép niêm mạc vách ngăn lại.



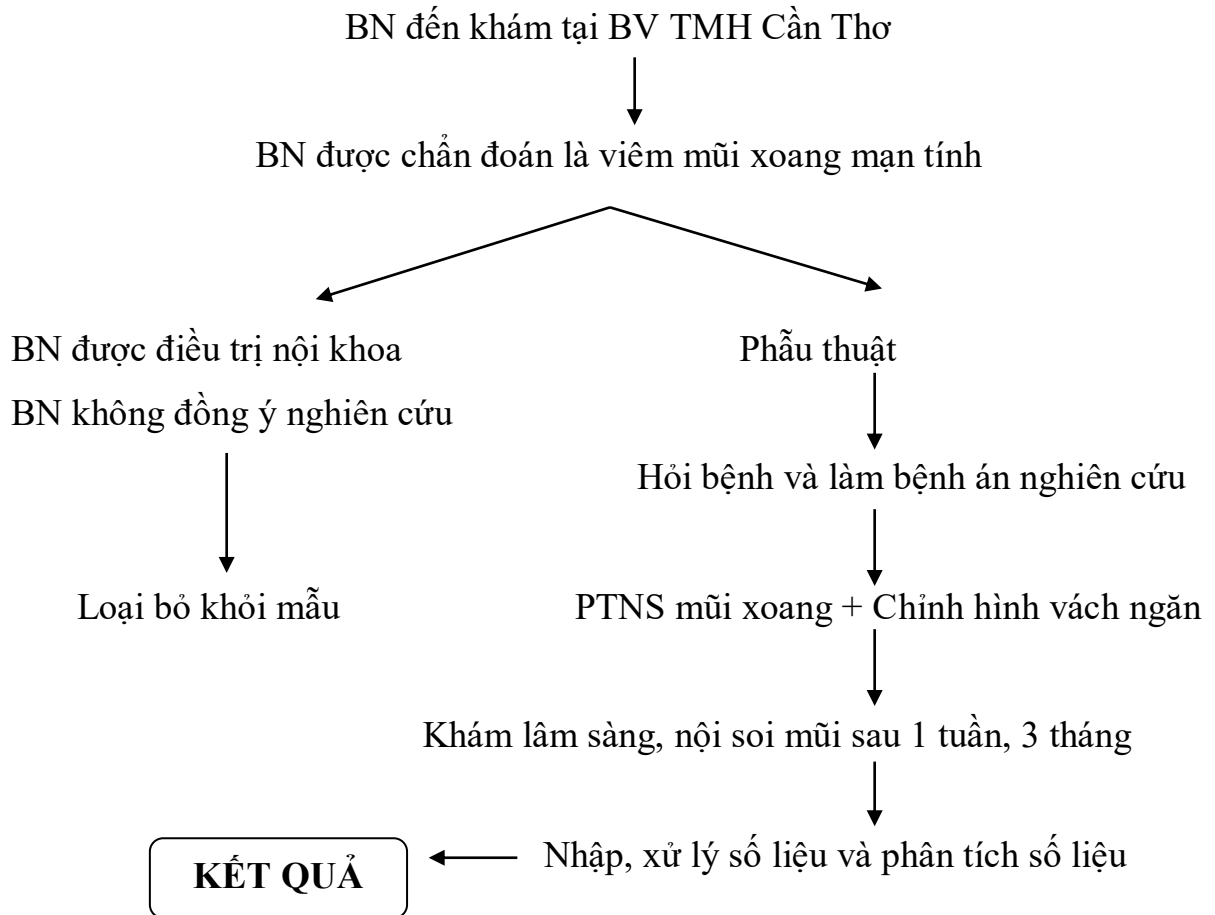
**Hình 2.7. Dùng dao rạch niêm mạc vách ngăn**

(Nguồn: BN số 6)

- + Phẫu thuật các phẫu thuật kèm theo như cắt conchabullosa cuốn mũi giữa.
- + Nhét bấc cầm máu mũi.
- Tham gia rút bấc sau mổ, tư vấn cho BN điều trị sau mổ, đánh giá các biến chứng sau mổ nếu có, đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tuần và 3 tháng.



### 2.2.6. Sơ đồ nghiên cứu



### 2.2.7. Phương pháp hạn chế sai số

Việc thu thập và xử lý số liệu đều được tiến hành bởi người làm nghiên cứu. Người nghiên cứu trực tiếp hỏi và khám bệnh.

Mỗi bộ thu thập số liệu đều có mã số nhằm tránh sai sót trong quá trình thu thập mẫu. Việc nhập liệu và xử lý số liệu đều do chính người làm nghiên cứu tiến hành nhằm tránh sai sót trong nhập liệu.

### 2.2.8. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0

### **2.3. Vấn đề y đức trong nghiên cứu**

Đề tài được sự nhất trí của Hội Đồng Khoa Học trường Đại Học Y Dược Cần Thơ. Nội dung nghiên cứu nhằm góp phần vào việc bảo vệ sức khỏe và nâng cao sức khỏe cho người dân. Đối tượng người bệnh và người thân của họ tham gia trong nghiên cứu sẽ được tư vấn về vấn đề nghiên cứu. Những thông tin cá nhân sẽ được giữ bí mật.

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 106 BN viêm mũi xoang mạn tính có dị hình vách ngăn có chỉ định phẫu thuật, chúng tôi thu được các kết quả như sau:

### 3.1. Đặc điểm chung

#### 3.1.1. Giới

**Bảng 3.1. Phân bố theo giới tính**

Giới	Số BN	Tỷ lệ %
Nam	54	50,9
Nữ	52	49,1
Tổng cộng	106	100

**Nhận xét:** Nam giới có 54/106 BN chiếm 50,9%, nữ có 52/106 BN chiếm 49,1%.

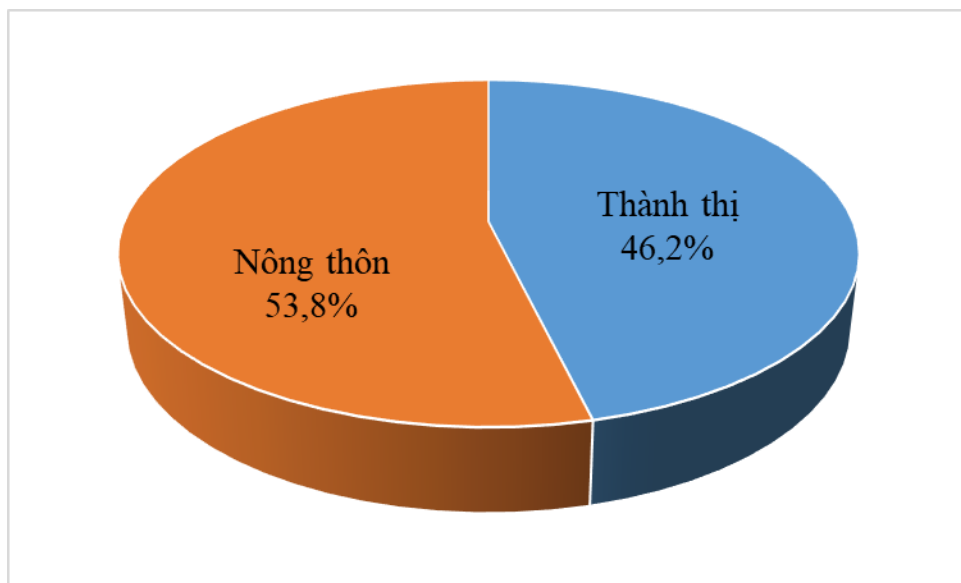
#### 3.1.2. Nhóm tuổi

**Bảng 3.2. Phân bố theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
Dưới 20	7	6,6
20 - 29	26	24,5
30 - 39	40	37,7
40 - 49	17	16
50 - 59	13	12,3
Trên 60	3	2,8
Tổng cộng	106	100

**Nhận xét:** BN tuổi nhỏ nhất là 16, lớn nhất là 71. Độ tuổi trung bình là  $35,68 \pm 11,82$ . Nhóm tuổi dưới 20 có 7/106 BN chiếm 6,6%, nhóm tuổi 30 - 39 nhiều nhất 40/106 BN chiếm 37,7%, nhóm tuổi trên 60 ít nhất có 3/106 BN chiếm 2,8%.

### 3.1.3. Địa dư



**Biểu đồ 3.1. Phân bố theo địa dư**

**Nhận xét:** BN sống vùng nông thôn 57/106 BN chiếm 53,8% và mắc bệnh nhiều hơn thành thị 49/106 BN chiếm 46,2%.

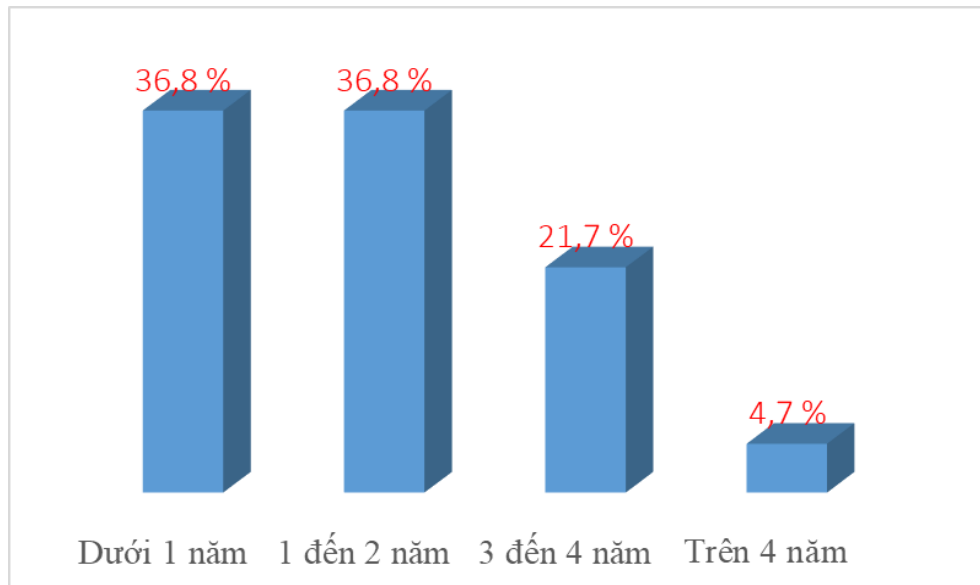
### 3.1.4. Nghề nghiệp

**Bảng 3.3. Phân bố theo nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Số BN	Tỷ lệ %
Cán bộ	20	18,9
Học sinh – sinh viên	11	10,4
Công nhân	35	33
Nông dân	22	20,8
Khác	18	17
Tổng cộng	106	100

**Nhận xét:** BN làm công nhân chiếm nhiều nhất 35/106 BN chiếm 33%, nhóm học sinh, sinh viên ít nhất 11/106 BN chiếm 10,4%. Các nghề khác gồm nông dân 22/106 BN chiếm 20,8%, cán bộ viên chức 20/106 BN chiếm 18,9%, nhóm nghề khác 18/106 BN chiếm 17%.

### 3.1.5. Thời gian mắc bệnh



**Biểu đồ 3.2. Phân bố theo thời gian mắc bệnh**

**Nhận xét:** Nhóm BN có thời gian khởi bệnh dưới 1 năm và từ 1 – 2 năm nhiều nhất 39/106 BN chiếm 36,8%, thời gian mắc bệnh từ 3 – 4 năm có 23/106 BN chiếm 21,7% và trên 4 năm có 5/106 BN chiếm 4,7%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

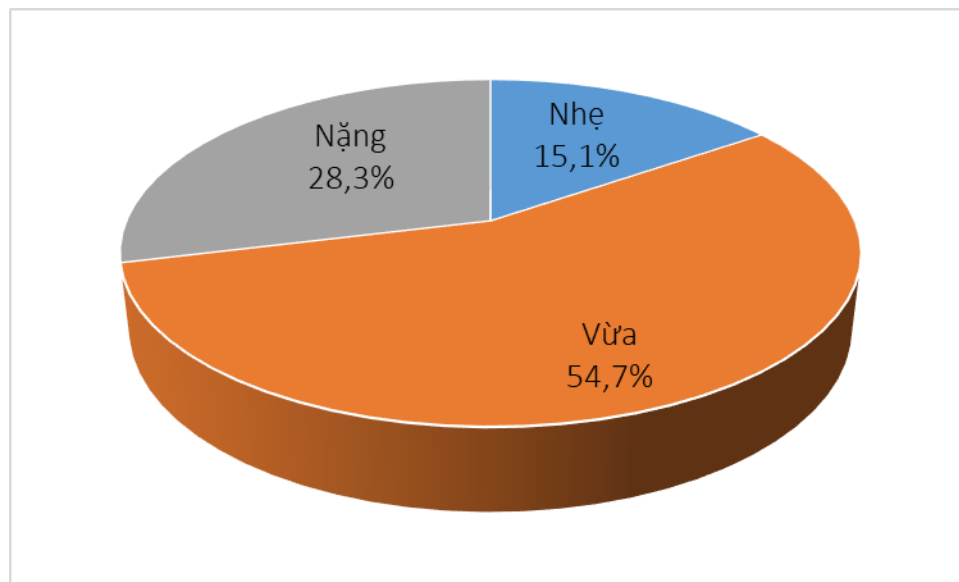
#### 3.2.1. Triệu chứng cơ năng

##### 3.2.1.1. Nghẹt mũi

**Bảng 3.4. Tính chất nghẹt mũi**

Tính chất nghẹt mũi	Số BN	Tỷ lệ %
Từng lúc	51	48,1
Liên tục	53	50
Tổng cộng	104	98,1

**Nhận xét:** BN có nghẹt mũi có 104/106 BN chiếm 98,1%. Trong đó nghẹt mũi từng lúc 51/106 BN chiếm 48,1%, nghẹt mũi liên tục 53/106 BN chiếm 50%.



**Biểu đồ 3.3. Mức độ nghẹt mũi**

**Nhận xét:** Trong 104 BN nghẹt mũi, có 16 BN nghẹt nhẹ chiếm 15,1%, 58 BN nghẹt vừa chiếm 54,7% và 30 BN nghẹt mức độ nặng chiếm 28,3%.

**Bảng 3.5: Giá trị điểm NOSE trước phẫu thuật**

Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
44,52 ± 15,16	20	80

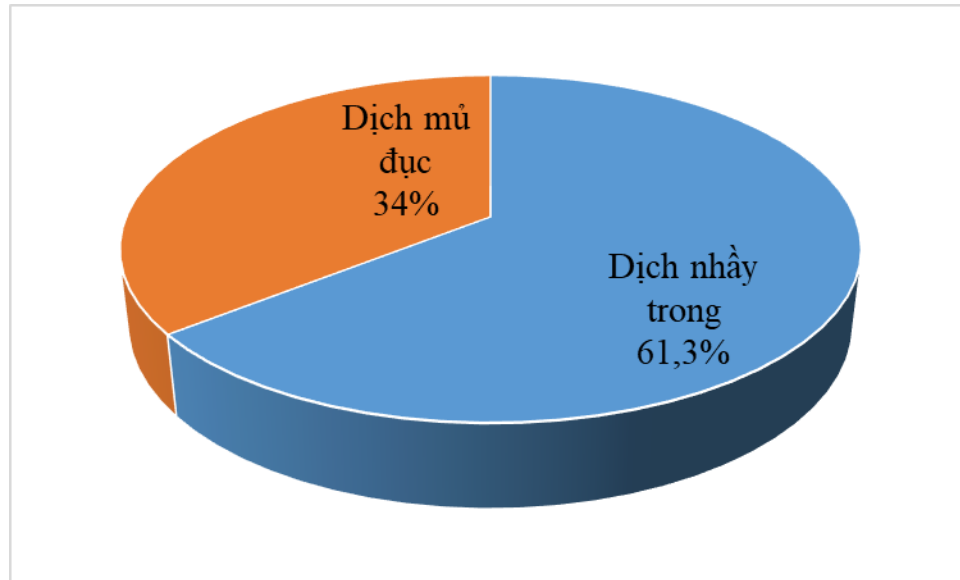
**Nhận xét:** Trị số trung bình điểm NOSE là 44,52 ± 15,16; nhỏ nhất là 20 điểm, lớn nhất là 80 điểm.

### 3.2.1.2. Chảy mũi

**Bảng 3.6. Phân bố các dạng chảy mũi**

Các dạng	Số BN	Tỷ lệ %
Chảy mũi trước	7	6,6
Chảy mũi sau	57	53,8
Chảy mũi trước và sau	37	34,9
Tổng cộng	101	95,3

**Nhận xét:** BN chảy mũi có 101/106 BN chiếm 95,3%. Trong đó chảy mũi sau thường gặp nhất 57/106 BN chiếm 53,8%, chảy mũi trước 7/106 BN chiếm 6,6%, chảy mũi trước và sau có 37/106 BN chiếm 34,9%.



**Biểu đồ 3.4. Phân bố tính chất chảy mũi**

**Nhận xét:** Trong 101 BN chảy mũi, có 65 BN chảy dịch nhầy trong chiếm 61,3%, 36 BN chảy dịch mũi đục chiếm 34%.

#### 3.2.1.3. Đau nặng đầu/ mặt

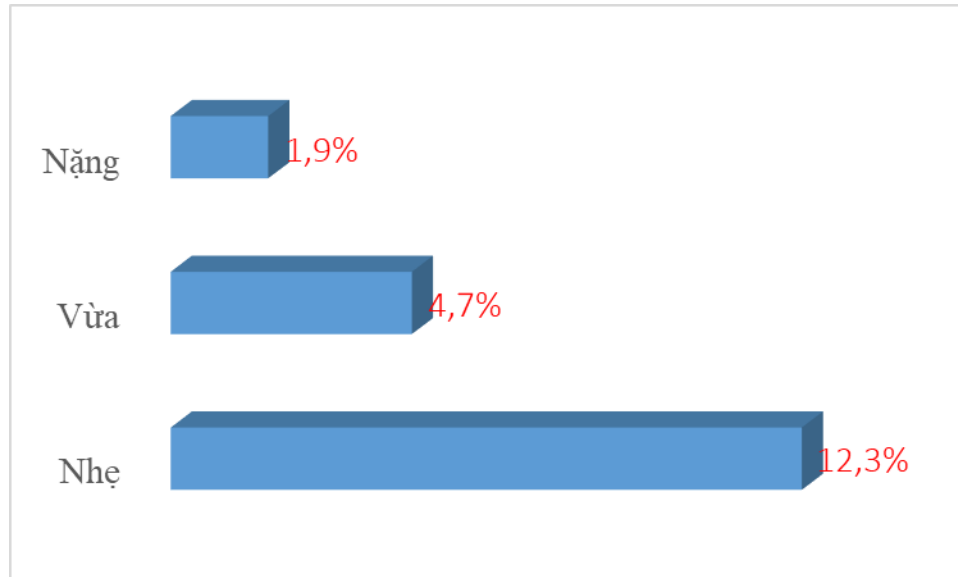
**Bảng 3.7. Phân bố tính chất đau nặng đầu/ mặt**

Tính chất đau nặng đầu/ mặt	Số BN	Tỷ lệ %
Liên tục	52	49,1
Từng lúc	40	37,7
Tổng cộng	92	86,8

**Nhận xét:** Có 92/106 BN đau nặng đầu/ mặt chiếm 86,8%. Trong đó, đau đầu liên tục có 52/106 BN chiếm 49,1% và đau đầu từng lúc có 40/106 BN chiếm 37,7%.



### 3.2.1.4. Rối loạn khứu giác



**Biểu đồ 3.5. Phân bố mức độ rối loạn khứu giác**

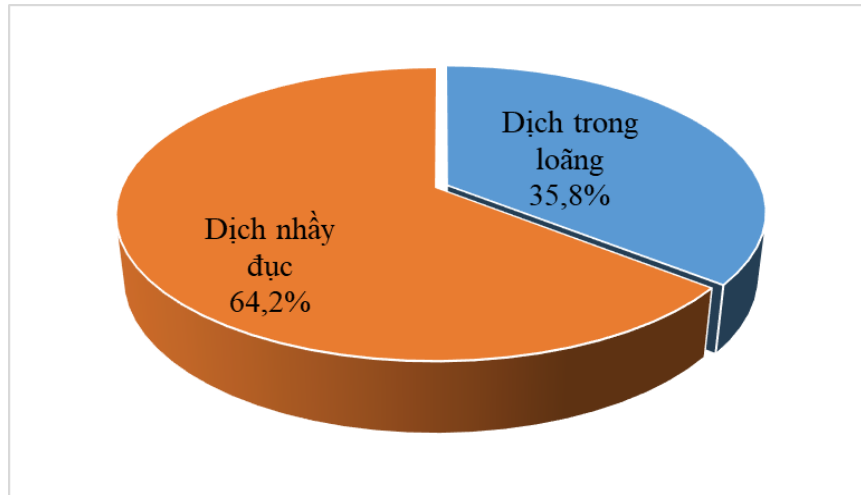
**Nhận xét:** BN rối loạn khứu có 20/106 BN chiếm 18,9%, giảm khứu mức độ nhẹ nhiều nhất có 13/106 BN chiếm 12,3%, giảm khứu mức độ vừa có 5/106 BN chiếm 4,7% và giảm khứu mức độ nặng có 2/106 BN chiếm 1,9%.

### 3.2.2. Hình ảnh nội soi mũi xoang

**Bảng 3.8. Hình ảnh nội soi trước phẫu thuật**

Hình ảnh nội soi	Số BN	Tỷ lệ %
Cuốn mũi giữa quá phát	31	29,2
Bóng sàng quá phát	90	84,9
Mỏm móc quá phát	80	75,5
Lỗ xoang hàm phụ	60	56,6

**Nhận xét:** Hình ảnh nội soi ghi nhận dịch quá phát cuốn giữa 31/106 BN chiếm 29,2%, quá phát bóng sàng 90/106 BN chiếm 84,8%, quá phát mỏm móc 80/106 BN chiếm 75,5% và lỗ thông xoang hàm phụ 60/106 BN chiếm 56,6%.



**Biểu đồ 3.6. Hình ảnh nội soi trước phẫu thuật**

**Nhận xét:** Hình ảnh nội soi ghi nhận tính chất dịch ở các khe mũi: Dịch trong loãng có 38/106 BN chiếm 35,8%, dịch nhầy đục có 68 BN chiếm 64,2%.

### 3.2.3. Hình ảnh nội soi vách ngăn mũi

**Bảng 3.9. Phân bố các dạng dị hình vách ngăn**

Phân loại theo hình dạng	Phân loại tương ứng theo Mladina	n	Tỷ lệ%
VVN chữ C	Loại 1,2,3	13	12,3
VVN chữ S	Loại 4	26	24,5
Gai vách ngăn	Loại 5	26	24,5
Mào vách ngăn	Loại 5,6	32	30,2
VVN phức tạp	Loại 7	9	8,5
<b>Tổng</b>		<b>106</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Dạng gai vách ngăn 26/106 chiếm 24,5%, mào vách ngăn 32/150 BN chiếm 30,2%, vách ngăn vẹo hình chữ S có 26/106 BN chiếm 24,5% và vách ngăn vẹo hình chữ C có 13/106 BN chiếm 12,3%, vẹo vách ngăn phức tạp 9/106, chiếm 8,5%.

**Bảng 3.10. Liên quan giữa hình thái vách ngăn và mức độ nghẹt mũi**

Mức độ nghẹt mũi theo nose	Vách ngăn					Tổng cộng
	C	S	Gai	Mào	Phức tạp	
Nhẹ	2 (12,5%)	7 (43,8%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)	1 (6,3%)	16 (100%)
Vừa	3 (5,2%)	11 (19%)	14 (24,1%)	24 (41,4%)	6 (10,3%)	58 (100%)
Nặng	7 (23,3%)	8 (26,7%)	8 (26,7%)	5 (16,7%)	2 (6,7%)	30 (100%)
Tổng cộng	12	26	25	32	9	104

**Nhận xét:** Hình thái vách ngăn dạng gai và mào thì mức độ nghẹt mũi vừa là chủ yếu, vách ngăn hình C hay S mức độ nghẹt mũi nặng là chủ yếu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 3.11. Phân bố vị trí dị hình vách ngăn**

<b>VỊ TRÍ VÁCH NGĂN</b>	<b>SỐ BN</b>	<b>TỶ LỆ %</b>
Trái	55	51,9
Phải	51	48,1
Tổng cộng	106	100

**Nhận xét:** Dị vách ngăn bên trái 55/106 BN chiếm 51,9%, bên phải 51/106 BN chiếm 48,1%.

### **3.2.4. Hình ảnh CT Scan xoang**

#### **3.2.4.1. Thang điểm Lund – Mackay**

**Bảng 3.12. Phân bố vị trí và mức độ viêm xoang theo Lund – Mackay**

<b>Vị trí</b>	<b>Hình ảnh</b>					
	<b>Bình thường</b>		<b>Mờ 1 phần</b>		<b>Mờ hoàn toàn</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Xoang hàm	<b>5</b>	4,7	<b>42</b>	39,6	<b>59</b>	55,7
Xoang sàng trước	<b>6</b>	5,7	<b>45</b>	42,5	<b>55</b>	51,9
Xoang sàng sau	<b>13</b>	12,3	<b>35</b>	33	<b>58</b>	54,7
Xoang trán	<b>66</b>	63,3	<b>23</b>	21,7	<b>17</b>	16
Xoang bướm	<b>76</b>	71,7	<b>14</b>	13,2	<b>16</b>	15,1
Phức hợp lỗ thông xoang	<b>0</b>	0	<b>37</b>	34,9	<b>69</b>	65,1

**Nhận xét:** Đối với xoang hàm, có 42/106 BN mờ 1 phần, chiếm 39,6% và 59/106 BN mờ hoàn toàn, chiếm 55,7 %.

Đối với xoang sàng trước, có 45/106 BN mờ 1 phần, chiếm 42,5% và 55/106 BN mờ hoàn toàn, chiếm 51,9%.

Đối với xoang sàng sau, có 35/106 BN mờ 1 phần, chiếm 33% và 58/106 BN mờ hoàn toàn, chiếm 54,7 %.

Đối với xoang trán, có 23/106 BN mờ 1 phần, chiếm 21,7% và 17/106 BN mờ hoàn toàn, chiếm 16%.

Đối với xoang bướm, có 14/106 BN mờ 1 phần, chiếm 13,2% và 16/106 BN mờ hoàn toàn, chiếm 15,1%.

Đối phức hợp lỗ thông xoang, có 37/106 BN tắc 1 phần, chiếm 34,9% và 69/106 BN tắc hoàn toàn, chiếm 65,1%.

#### 3.2.4.2. Tương quan giữa vị trí viêm xoang và dị hình vách ngăn

**Bảng 3.13. Tương quan giữa vị trí viêm xoang và dị hình vách ngăn**

Vị trí viêm xoang	Vị trí vẹo vách ngăn					
	Trái		Phải		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%
Trái	<b>21</b>	65,6	<b>11</b>	34,4	<b>32</b>	100
Phải	<b>12</b>	30,8	<b>27</b>	69,2	<b>39</b>	100
Cả hai	<b>22</b>	62,9	<b>13</b>	37,1	<b>35</b>	100
Tổng cộng	<b>55</b>	0	<b>51</b>	34,9	<b>106</b>	100

**Nhận xét:** Trong 32 BN viêm nhóm xoang trái, có 21 BN có dị hình vách ngăn bên trái, chiếm 65,6% và 11 BN bên phải, chiếm 34,4%.

Trong 39 BN viêm nhóm xoang phải, có 12 BN có dị hình vách ngăn bên trái, chiếm 30,8% và 27 BN bên phải, chiếm 69,2%.

Trong 22 BN viêm xoang 2 bên, có 22 BN có dị hình vách ngăn bên trái, chiếm 62,9% và 13 BN bên phải, chiếm 37,1%.

#### 3.2.4.3. Tế bào Haller, Agger nasi và Codoni

**Bảng 3.14. Tế bào Haller, Agger nasi và Codoni**

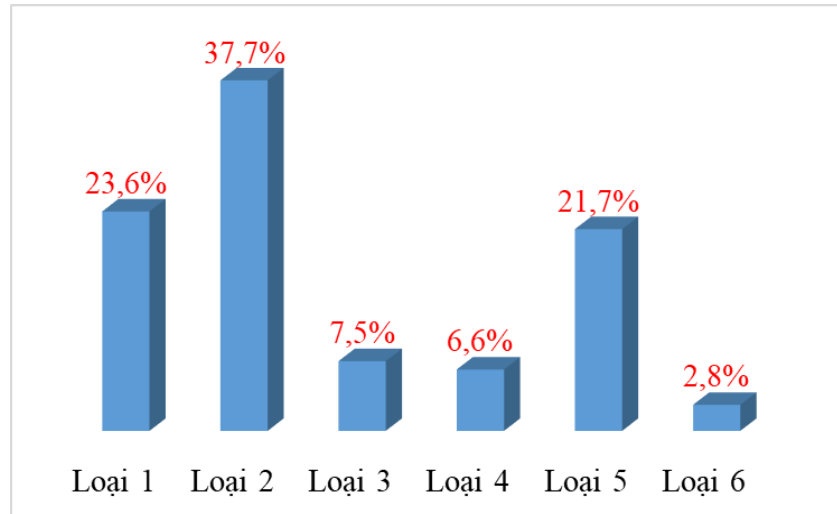
	SỐ BN	TỶ LỆ %
Tế bào Haller	14	13,2
Tế bào agger nasi	53	50
Tế bào codoni	25	23,6

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN có tế bào Haller 14/106 BN chiếm 13,2% và agger nasi có 53 /150 BN chiếm 50%.

Trong đó, số lượng tế bào Agger nasi lớn làm hẹp ngách trán là 17 BN chiếm 16%. Tế bào Codoni 25/106 BN chiếm 23,6%.

### 3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

#### 3.3.1. Loại phẫu thuật



**Biểu đồ 3.7. Phân bố các loại phẫu thuật**

**Nhận xét:** Phẫu thuật loại 1 chiếm 25/106 BN chiếm 23,6%, loại 2 có 40/106 BN chiếm 37,7%, loại 3 có 8/106 BN chiếm 7,5%, loại 4 có 7/106 BN chiếm 6,6%, loại 5 có 23/106 BN chiếm 21,7%, loại 6 có 3/106 BN chiếm 2,8%.

#### 3.3.2. Thời gian phẫu thuật

**Bảng 3.15. Phân bố thời gian phẫu thuật**

	SỐ BN	TỶ LỆ %
20 - 40	47	44,3
40 - 60	41	38,7
>60	18	17
Tổng cộng	106	100

**Nhận xét:** Thời gian mổ 20 – 40 phút nhiều nhất có 47/106 BN chiếm 44,3%. Thời gian mổ > 60 phút ít nhất 18/106 BN chiếm 17%, thời gian 40 – 60 phút có 41/106 BN chiếm 38,7%.

### 3.3.3. Biến chứng sau mổ

**Bảng 3.16. Các biến chứng sau mổ**

<b>BIẾN CHỨNG SAU MỔ</b>	<b>SỐ BN</b>	<b>TỶ LỆ %</b>
Không	71	67
Chảy máu sau rút bấc	26	24,5
Dính niêm mạc	9	8,5

**Nhận xét:** Hai biến chứng sau mổ là chảy máu sau rút bấc 26/106 BN chiếm 24,5% và dính niêm mạc 9/106 BN chiếm 8,5%. Các trường hợp dính niêm mạc sau mổ gồm dính niêm mạc cuốn mũi giữa vào vách ngăn mũi và vách mũi xoang.

### 3.3.4. Triệu chứng cơ năng sau mổ

#### 3.3.4.1. Nghẹt mũi

**Bảng 3.17. Triệu chứng cơ năng sau mổ**

Triệu chứng cơ năng		<b>Sau PT 1 tuần</b>	<b>Sau PT 1 tháng</b>	<b>Sau PT 3 tháng</b>
<b>Nghẹt mũi</b>	Không	93 (87,7%)	98 (92,5%)	100 (94,3%)
	Có	11 (10,4%)	6 (5,7%)	4 (3,8%)

**Nhận xét:** Triệu chứng nghẹt mũi cải thiện 87,7% sau 1 tuần (104 BN nghẹt mũi còn 11 BN sau 1 tuần) và cải thiện 94,3% sau 3 tháng (còn 4 BN nghẹt mũi), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .



**Bảng 3.18. Mức độ nghẹt mũi theo NOSE sau mổ**

<b>Mức độ nghẹt mũi theo NOSE</b>	<b>Sau PT 1 tuần</b>	<b>Sau PT 1 tháng</b>	<b>Sau PT 3 tháng</b>
Nhẹ	70 (66%)	74 (69,8%)	78 (73,6%)
Vừa	30 (28,3%)	28 (26,4%)	25 (26,3%)
Nặng	4 (3,8%)	2 (1,9%)	1 (0,9%)
Tổng	104 (91,8%)	104 (91,8%)	104 (91,8%)

**Nhận xét:** Mức độ nghẹt mũi theo NOSE được cải thiện sau PT 3 tháng cụ thể như sau: có 78 BN nghẹt mũi nhẹ chiếm 73,6%, 25 BN nghẹt mũi vừa chiếm 26,3% và 1 BN nghẹt mũi nặng chiếm 0,9%.

**Bảng 3.19. Điểm NOSE trung bình tại các thời điểm**

<b>Thời gian</b>	<b>Điểm NOSE trung bình</b>
Sau PT 1 tuần	20,53 ± 9,93
Sau PT 1 tháng	16,39 ± 9,62
Sau PT 3 tháng	11,06 ± 10,25

**Nhận xét:** Điểm NOSE trung bình sau PT 1 tuần là 20,53 ± 9,93

Điểm trung bình này giảm rõ sau mổ 01 tháng là 16,39 ± 9,62

Và giảm thấp chỉ còn 11,06 ± 10,25 vào thời điểm 03 tháng sau mổ.

## 3.3.4.2. Chảy mũi

**Bảng 3.20. Triệu chứng cơ năng sau mổ**

Triệu chứng cơ năng		Sau PT 1 tuần	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng
<b>Chảy mũi</b>	Không	79 (74,5%)	97 (91,5%)	97 (91,5%)
	Có	22 (20,8%)	4 (3,8%)	4 (3,8%)

**Nhận xét:** Triệu chứng chảy mũi, 101 BN sau mổ 1 tuần còn 22 BN cải thiện 74,5%, còn 4 BN sau 3 tháng cải thiện 91,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

## 3.3.4.3. Đau nặng đầu/ mắt

**Bảng 3.21. Triệu chứng cơ năng sau mổ**

Triệu chứng cơ năng		Sau PT 1 tuần	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng
<b>Đau nặng đầu/ mắt</b>	Không	71 (67%)	80 (75,5%)	84 (79,2%)
	Có	21 (19,8%)	12 (11,3%)	8 (7,5%)

**Nhận xét:** Triệu chứng đau căng nặng đầu/ mắt, 91 BN sau mổ 1 tuần còn 21 BN cải thiện 67%, sau 3 tháng còn 8 BN cải thiện 79,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

## 3.3.4.4. Rối loạn khứu giác

**Bảng 3.22. Triệu chứng cơ năng sau mổ**

Triệu chứng cơ năng		Sau PT 1 tuần	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng
<b>Giảm, mất khứu</b>	Không	14 (13,2%)	16 (15,1%)	16 (15,1%)
	Có	6 (5,7%)	4 (3,8%)	4 (3,8%)

**Nhận xét:** Triệu chứng ngửi kém, 20 BN sau mổ 1 tuần còn 6 BN cải thiện 13,2 %, sau 3 tháng còn 4 BN cải thiện 15,1%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

## 3.4.5. Nội soi sau mổ

**Bảng 3.23. Niêm mạc hố mổ qua nội soi**

Hố mổ	Sau PT 1 tuần	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng
Niêm mạc hồng	48 (45,3%)	68 (64,2%)	33 (94,3%)
Niêm mạc phù nề	47 (44,3%)	33 (31,1%)	4 (3,8%)
Dính	11 (10,4%)	5 (4,7%)	2 (1,9%)

**Nhận xét:**

Phù nề niêm mạc sau PT 1 tháng triệu chứng này tỷ lệ còn 31,1% nhưng cũng có sự cải thiện với  $p=0,003$  ( $<0,01$ ). Sau PT 3 tháng còn 3,8%, sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với  $p<0,001$ .

Tỷ lệ dính sau PT 1 tháng là 4,7%, sau PT 3 tháng còn 1,9%.

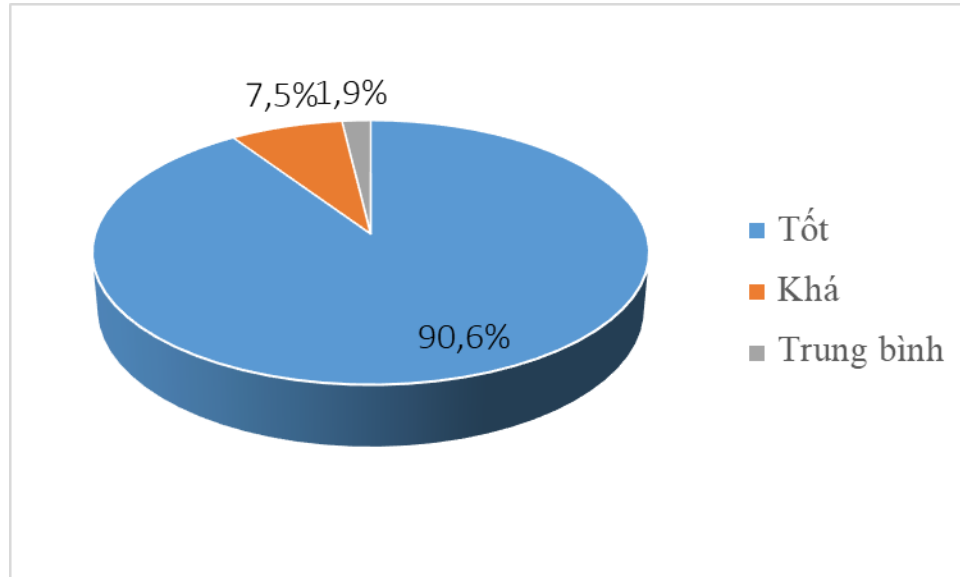
**Bảng 3.24. Dịch xuất tiết sau mổ**

<b>Dịch mũi</b>	<b>Sau PT 1 tuần</b>	<b>Sau PT 1 tháng</b>	<b>Sau PT 3 tháng</b>
Sạch	42 (39,6%)	65 (61,3%)	89 (84%)
Dịch trong loãng	48 (45,3%)	34 (32,1%)	16 (15,1%)
Dịch nhầy đặc	16 (15,1%)	7 (6,6%)	1 (0,9%)

**Nhận xét:**

Trước PT có 100% trường hợp dịch ứ đọng, sau PT 1 tháng là 38,1% trường hợp, trong đó dịch trong loãng chiếm 32,1% và dịch nhầy đặc chiếm 6,6%. Sau PT 3 tháng còn 16% trường hợp, trong đó dịch trong loãng chiếm 15,1% và dịch ứ đọng chiếm 0,9%. Với  $p<0,001$  cho thấy sau PT 1 tháng và 3 tháng đã có sự giảm đáng kể dịch ứ đọng ở mũi xoang.

### 3.4.6. Đánh giá kết quả sau mổ



**Biểu đồ 3.8. Kết quả sau mổ 3 tháng**

#### **Nhận xét:**

Kết quả sau mổ 3 tháng tốt chiếm nhiều nhất 96/106 BN chiếm 90,6%, kết quả khá có 8/106 BN chiếm 8% và trung bình ít nhất có 2/106 BN chiếm 2%.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. Đặc điểm chung**

##### **4.1.1. Giới**

Nghiên cứu của chúng tôi, BN là nam giới có 54/106 BN chiếm 50,9%, nữ có 72/106 BN chiếm 49,1%. Như vậy, tỷ lệ nam nữ tương đương nhau. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nghiêm Đức Thuận trên 763 BN có nam 50,59% và nữ 49,41% [23]. Tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu khác như Lâm Huyền Trân 2010 [26], Phan Hùng Xô (2013) [30], Võ Thanh Quang [18] và Y Bajaj [29] ghi nhận tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới. Ngược các nghiên cứu của tác giả Trần Quý Ngọc (2005) [17], Nguyễn Thanh Vũ (2011) [29] thì lại có tỷ lệ nam giới thấp hơn nữ giới. Điều này có thể thấy, đồng thuận hầu hết các tác giả cho rằng sự khác biệt về giới tính không có ý nghĩa trong bệnh lý viêm xoang mạn tính mà còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác.

##### **4.1.2. Tuổi**

Nghiên cứu của chúng tôi, BN tuổi nhỏ nhất là 16, lớn nhất là 71. Độ tuổi trung bình là  $35,68 \pm 11,82$ . Nhóm tuổi 30 - 39 nhiều nhất 40/106 BN chiếm 37,7%, nhóm tuổi trên 60 ít nhất có 3/106 BN chiếm 2,8%.

Nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự với tác giả Phạm Kiên Hữu trên 200 BN có độ tuổi trung bình là 38,2 [9]. Nhóm tuổi thường gặp trong độ tuổi lao động nhiều nhất, điều này cũng phù hợp với tác giả Nguyễn Trọng Tài, nghiên cứu 104 BN nhóm tuổi 31 – 45 nhiều nhất 48% [21], Phan Đình Vĩnh San (2013) [20], nhóm tuổi mắc nhiều nhất là từ 30 – 50 tuổi (60,7%), tác giả Nguyễn Thanh

Vũ (2011) [29] với nhóm tuổi mắc từ 35 – 45 chiếm đa số. Chính vì độ tuổi lao động thường gặp nhất nên VMX ảnh hưởng không nhỏ đến năng suất lao động.

Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3/106 (2,8%) trường hợp, trong khi Phan Hùng Xô (2013) [30] có số bệnh nhân trên 60 tuổi là 6/42 (14,29%) bệnh nhân, còn Lâm Huyền Trân (2011) [26], số tuổi cao nhất trong lô nghiên cứu chỉ là 58 tuổi. Do vậy, việc phẫu thuật trên các bệnh nhân lớn tuổi khá cân nhắc, do các bệnh lý nội khoa kèm theo, đồng thời cân cân nhắc thiệt hơn giữa điều trị bảo tồn hay phẫu thuật.

#### **4.1.3. Địa dư**

Nghiên cứu chúng tôi, BN sống vùng nông thôn 57/106 BN chiếm 53,8% và mắc bệnh nhiều hơn thành thị 49/106 BN chiếm 46,2%.

Điều này giải thích là do đa phần BN nhập viện phẫu thuật đến từ các tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long. Người dân sống ở thành thị được phổ biến kiến thức phòng và điều trị VMX tốt hơn nên tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn so các vùng nông thôn.

#### **4.1.4. Nghề nghiệp**

Nghiên cứu của chúng tôi thì BN làm công nhân chiếm nhiều nhất 35/106 BN chiếm 33%, nhóm học sinh, sinh viên ít nhất 11/106 BN chiếm 10,4%. Các nghề khác gồm nông nhân 22/106 BN chiếm 20,8%, cán bộ viên chức 20/106 BN chiếm 18,9%, nhóm nghề khác 18/106 BN chiếm 17%.

Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thùy Dung trên 63 BN có tỷ lệ BN làm nghề nông cao nhất 29,7% [3]. Kết quả này có thể được lý giải do các nghề nghiệp dễ mắc VMX như thường xuyên tiếp xúc với hóa chất trong nông nghiệp (làm ruộng) hay môi trường khói bụi, khô lạnh (công nhân).

Tuy không phải là yếu tố quyết định, song đây là một trong những yếu tố nguy cơ tạo điều kiện làm bệnh VMX kéo dài.

#### **4.1.5. Thời gian mắc bệnh**

Nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BN có thời gian khởi bệnh dưới 1 năm và 1 – 2 năm nhiều nhất 39/106 BN chiếm 36,8%, thời gian bệnh trên 4 năm ít nhất có 5/106 BN chiếm 4,7%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Phan Đình Vĩnh San [20] có nhóm BN có thời gian khởi bệnh 1 – 2 năm nhiều nhất 98/150 BN chiếm 65,3%, thời gian bệnh trên 5 năm ít nhất có 18/150 BN chiếm 12%. Tuy nhiên, nhóm BN có thời gian khởi bệnh dưới 1 năm trong nghiên cứu của chúng tôi lại khá cao, điều này có thể thấy ý thức quan tâm đến sức khỏe của bệnh nhân ngày càng được nâng cao, việc này góp phần không nhỏ đến kết quả điều trị cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

## **4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

### **4.2.1. Triệu chứng cơ năng**

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với tác giả Phan Đình Vĩnh San trên 150 BN, BN có triệu chứng nghẹt mũi cao nhất 98,1% so với tác giả là 99,3%. Triệu chứng ít gặp nhất là rối loạn khứu giác 18,9% so với tác giả là 12%. Các triệu chứng cơ năng khác gồm chảy mũi 95,3% so tác giả 99,3%, nhức đầu 86,8% so tác giả là 57,3% [20].

#### **4.2.1.1. Nghẹt mũi**

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận BN có nghẹt mũi có 104/106 BN chiếm 98,1%. Trong đó nghẹt mũi nhẹ 16/106 BN chiếm 15,1%, nghẹt mũi vừa 58/106 BN chiếm 54,7%, nghẹt mũi nặng 30/106 BN chiếm 28,3%.

Điều này chứng tỏ rằng triệu chứng nghẹt mũi ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống và khiến bệnh nhân đến điều trị. Chúng tôi đánh giá mức độ



nghet mũi theo thang điểm NOSE. Bao gồm 5 tiêu chí: nghẹt mũi hay cảm giác thiếu không khí, tắc mũi hay nghẹt hoàn toàn, khó chịu khi thở bằng mũi, nghẹt mũi ảnh hưởng đến giấc ngủ, không thể lấy đủ khí qua mũi khi tập thể dục hay gắng sức. Mỗi đặc điểm được bệnh nhân tự đánh giá theo mức độ khó chịu tăng dần từ 0 đến 4 điểm. Dựa trên những tiêu chí này đánh giá mức độ nghẹt mũi ảnh hưởng đến chất lượng sống. Trị số trung bình điểm NOSE chúng tôi ghi nhận trên 106 BN là  $44,52 \pm 15,16$ ; nhỏ nhất là 20 điểm, lớn nhất là 80 điểm. Theo Võ Thanh Quang [17], chủ yếu BN nghẹt mũi cả hai bên chiếm 91,80%. Phần lớn BN nghẹt mức độ vừa (60,32%), kết quả tương đồng với tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả Phan Đình Vĩnh San [20] thì ghi nhận rằng số bệnh nhân nghẹt mũi nhẹ lại chiếm đa số (56%), kế đến là nghẹt mũi vừa, chiếm 35,3%, và nghẹt mũi nặng chiếm 2,7%. Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi 100% các BN VMXMT đều có vẹo vách ngăn kèm theo, chính vì vậy tỷ lệ mức độ nghẹt mũi vừa và nặng khá cao so với nghiên cứu của Phan Đình Vĩnh San, chỉ thực hiện trên bệnh nhân viêm nhóm xoang trước mạn tính. Các tác giả khác cũng ghi nhận tỷ lệ rất cao của triệu chứng nghẹt mũi như Y Bajaj [31] là 81,5%, Bijan [36] ghi nhận 92%, Jeelani [57] ghi nhận 88% và Vaishali [62] cũng ghi nhận tỷ lệ 86% BN nghẹt mũi.

#### 4.2.1.2. Chảy mũi

Nghiên cứu của chúng tôi, BN chảy mũi có 101/106 BN chiếm 95,3%. Trong đó chảy mũi sau thường gặp nhất 57/106 BN chiếm 53,8%, chảy mũi trước 7/106 BN chiếm 6,6%, chảy mũi trước và sau có 37/106 BN chiếm 34,9%. Tính chất dịch nhầy trong chiếm 61,3%. Kết quả này khá tương đồng so với nghiên cứu của Phan Đình Vĩnh San với 78% BN có chảy mũi sau, 1,3% chảy mũi trước và 20% chảy mũi trước sau [20]. Nghiên cứu của Võ Thanh

Quang [17], cũng ghi nhận trong 97,62% BN chảy mũi thì có đến 89,43% chảy dịch mũi sau, tính chất dịch nhầy loãng là nhiều hơn cả (47,15%). Còn trong nghiên cứu của Bijan [36] có dịch nhầy đặc mũi sau chiếm tỷ lệ cao với 87% trên 200 BN. Vaishali [62] ghi nhận có 70% BN than phiền chảy dịch mũi sau. Chảy mũi sau là triệu chứng thường gặp trong VMX mạn tính, do dịch xuất tiết từ niêm mạc mũi, xoang chảy trực tiếp xuống vòm mũi họng. Ngoài ra, dị hình vách ngăn dạng gai, mào hay phức tạp chạm cuốn mũi dưới cũng kích thích niêm mạc tiết dịch, nhất là trong môi trường không khí lạnh. Triệu chứng này khiến bệnh nhân vô cùng khó chịu, ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, cần phân biệt với “hội chứng chảy dịch mũi sau” trong bệnh lý trào ngược họng thanh quản. Chính vì vậy, khám bệnh quan sát thành sau họng cần thiết khi BN có triệu chứng này. Triệu chứng chảy mũi trước cũng ít gặp, và thường thấy ở BN có viêm mũi dị ứng.

#### *4.2.1.3. Đau nặng đầu/ mắt*

Nghiên cứu của chúng tôi, BN có đau nặng đầu/ mắt 92/106 BN chiếm 86,8%. Trong đó, đau liên tục chiếm 49,1% và từng lúc chiếm 37,7%. Một số tác giả khác như Võ Thanh Quang [17] ghi nhận chỉ có 52,38% BN than phiền đau đầu, trong đó đa số đau âm ỉ vùng đỉnh chẩm, chiếm hơn 1/3 số bệnh nhân đau đầu. Bijan [36] cũng ghi nhận tỷ lệ tương tự với 64% BN than đau đầu. Tỷ lệ này cũng tương tự như nghiên cứu của Jeelani và cộng sự [57] ghi nhận với 62,5% BN than phiền đau đầu. Theo Rosenfeld, triệu chứng đau nặng đầu/ mắt chiếm 70% đến 85% [56]. Đau nặng đầu, vùng mặt thường gặp ở BN viêm xoang mạn tính, tính chất đau âm ỉ, vị trí đau tùy theo vị trí coang viêm, tăng lên khi thay đổi thời tiết. Ngoài ra, dị hình vách ngăn cũng khiến bệnh nhân đau đầu âm ỉ, liên tục, khó tập trung. Theo Lâm Huyền Trân, đau đầu do điểm tiếp xúc thường

gặp, chủ yếu là tiếp xúc giữa vách ngăn và cuốn mũi gây đau nhức do phân bố của dây thần kinh sinh ba. Việc phẫu thuật nội soi tách điểm tiếp xúc cho thấy hiệu quả giảm cường độ và tần suất nhức đầu. Tuy nhiên cần phải khai thác kỹ tiền sử, bệnh sử đau đầu của bệnh nhân để phân biệt với các nguyên nhân gây đau đầu khác như Migrain, căng cơ, hoặc có phối hợp nhiều nguyên nhân để việc điều trị sau phẫu thuật mang lại hiệu quả, giải quyết được các vấn đề cho bệnh nhân [26].

#### *4.2.1.4. Rối loạn khứu giác*

Nghiên cứu chúng tôi BN rối loạn khứu có 20/106 BN chiếm 18,9%, giảm khứu mức độ nhẹ nhiều nhất có 13/106 BN chiếm 12,3%, giảm khứu mức độ vừa có 5/106 BN chiếm 4,7% và giảm khứu mức độ nặng có 2/106 BN chiếm 1,9%. Tỷ lệ này lại giống trong nghiên cứu của Phan Đình Vĩnh San [20], rối loạn khứu có 18/150 BN chiếm 12%, giảm khứu mức độ nhẹ nhiều nhất có 17/150 BN chiếm 11,3%, giảm khứu mức độ vừa có 1/150 BN chiếm 0,7% và không có trường hợp nào mất khứu. Nguyên nhân rối loạn khứu giác của chúng tôi chủ yếu là do dẫn truyền, tức là các phân tử mùi không thể tiếp xúc được trung tâm khứu giác trong mũi gặp do VMX xuất tiết dịch nhiều, vách ngăn vẹo phân cao, rõ rệt ở bệnh nhân viêm xoang mức độ nặng, có polyp mũi độ 3 hoặc 4.

### **4.2.2. Hình ảnh nội soi mũi xoang**

#### *4.2.2.1. Mỏm móc*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mỏm móc quá phát gặp trong 84,9% trường hợp và là một yếu tố rất thường gặp gây bí tắc phức hợp lỗ thông xoang. Trong nghiên cứu của Võ Thanh Quang [17] thì dị hình mỏm móc cũng chiếm tỷ lệ cao 94,4%. Như vậy, mỏm móc bất thường là một trong những nguyên nhân

trực tiếp gây bí tắc đường dẫn lưu của xoang. Việc phẫu thuật lấy bỏ mòm móc là bước đầu trong phẫu thuật nội soi mũi xoang, là tiền đề để tiếp cận đến các xoang. Phẫu thuật lấy mòm móc không triệt để, còn sót cũng là yếu tố gây viêm xoang tái phát sau phẫu thuật, nhất là phần trên mòm móc gây tắc ngách trán dẫn đến thất bại trong điều trị.

#### 4.2.2.2. Bóng sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng bóng sàng quá phát chiếm tỷ lệ 84,9%. Theo Võ Thanh Quang [17] cũng ghi nhận hầu hết bệnh nhân có hiện tượng viêm dày niêm mạc bóng sàng chiếm 92,86%. Bóng sàng quá phát, thoái hóa sẽ gây bí tắc khe giữa, phức hợp lỗ thông xoang. Ngoài ra việc xác định đúng vị trí bóng sàng cũng giúp phẫu thuật viên định hình được các mòm giải phẫu quan trọng như lỗ thông xoang hàm, tế bào trên sàng, tế bào ager nasi, tránh được các tai biến trong phẫu thuật.

#### 4.2.2.3. Cuốn giữa

Việc đánh giá tình trạng cuốn giữa cũng là phần quan trọng trong việc chẩn đoán và đưa ra hướng điều trị thích hợp cho bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi, BN có quá phát cuốn giữa 31/106 BN chiếm 29,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phan Đình Vĩnh San [20] ghi nhận 35,3% trường hợp có dị hình cuốn giữa. Cuốn giữa quá phát kết hợp với mòm móc quá phát có thể gây bí tắc khe giữa, cản trở dẫn lưu gây viêm xoang. Ngoài ra, cuốn giữa quá phát sẽ gây cản trở trong việc tiếp cận ống soi vào hố mỏ, gây hẹp phẫu trường, do đó việc chỉnh hình cuốn giữa có thể được thực hiện.

#### 4.2.2.4. Lỗ thông xoang hàm phụ

Chúng tôi ghi nhận có 56,6% các trường hợp bệnh nhân có lỗ thông xoang hàm phụ. Đây là lỗ thông nằm phía sau mòm móc và lỗ thông xoang hàm chính,

trên đường dẫn lưu của khe giữa, có thể nhìn thấy được khi chưa phẫu thuật lấy mủ mủ. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tỷ lệ trong nghiên cứu của Phan Đình Vĩnh San [20], bệnh nhân có lỗ thông xoang hàm phụ chiếm 20,7%. Điều này cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Trung 20%, của Stammberger và Kennedy 25%. Một thất bại của FESS là do phẫu thuật viên không tìm được lỗ thông tự nhiên và tạo ra lỗ thông nằm thóp sau, gây viêm xoang tái phát sau mổ do hiện tượng dẫn lưu vòng [27].

#### **4.2.3. Khe mũi giữa và trên**

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp đều ghi nhận có dịch ở khe giữa và khe trên. Cụ thể các khe mũi ứ dịch trong loãng (35,8%), dịch nhầy mủ (64,2%). Phan Đình Vĩnh San [20] cũng ghi nhận khe giữa có dịch chiếm 96,7%. Võ Thanh Quang cũng cho rằng sự ứ đọng dịch, mủ của khe mũi giữa cũng có thể được coi là một yếu tố gián tiếp đánh giá tình trạng bệnh tích của xoang, trong nghiên cứu của tác giả, những trường hợp viêm xoang nhẹ, sớm, thường có dịch nhầy loãng chiếm 42,86%, dịch loãng trong chiếm 6,35% [17]. Quan sát thấy dịch khe giữa qua nội soi cũng là một trong những yếu tố chính để chẩn đoán VMX [39]. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Nghiêm Đức Thuận cho thấy BN có dịch khe giữa chiếm 79,55% [23]. Nghiên cứu của Mishra, 120 BN VXM cũng cho thấy hình ảnh nội soi thường gặp nhất là xuất tiết chiếm 62,5% [53].

#### **4.2.4. Hình ảnh nội soi vách ngăn mũi**

Nghiên cứu của chúng tôi, BN dạng gai vách ngăn 26/106 chiếm 24,5%, mào vách ngăn 32/150 BN chiếm 30,2%, vách ngăn vẹo hình chữ S có 26/106 BN chiếm 24,5% và vách ngăn vẹo hình chữ C có 13/106 BN chiếm 12,3%, vẹo vách ngăn phức tạp 9/106, chiếm 8,5%. Theo Nguyễn Thanh Vũ và Lâm Huyền

Trên nghiên cứu mối tương quan giữa vẹo vách ngăn và VMX mạn tính trên 345 BN có 305 BN vẹo vách ngăn có VMX mạn tính chiếm 88,4% [29]. Trong đó, dạng gai và mào vách ngăn nhiều nhất 127/305 BN chiếm 41,6% và tương tự với nghiên cứu của chúng tôi 54,7%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy rằng có mối liên quan giữa dạng dị hình vách ngăn với mức độ nghẹt mũi và có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ . Dạng gai và mào vách ngăn chiếm tỷ lệ cao ở các bệnh nhân nghẹt mũi vừa lẫn lượt là 24,1% và 41,4%. Nghiên cứu của Phan Đình Vĩnh San cũng có cùng kết quả ở nhóm bệnh nhân nghẹt mũi vừa là 35% [20]. Tuy nhiên trên những bệnh nhân nghẹt mũi nặng thì vẹo vách ngăn dạng chữ C và S lại chiếm tỷ lệ cao lẫn lượt là 23,3% và 26,7%. Điều này có thể giải thích do 2 dạng dị hình này góp phần gây nên tình trạng hẹp van mũi, kèm theo tình trạng viêm xoang phù nề, thoái hóa niêm mạc, khiến bệnh nhân nghẹt mũi nhiều, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

#### **4.2.5. Hình ảnh CT Scan xoang**

##### **4.2.5.1. Thang điểm Lund – Mackay**

Đánh giá theo thang điểm Lund – Mackay, chúng tôi ghi nhận đối với xoang hàm mờ một phần 42/106 BN chiếm 39,2%, mờ hoàn toàn xoang có 59/106 BN chiếm 55,7%. Trên thực tế, chúng tôi nhận thấy rằng hình ảnh CT Scan mờ hoàn toàn xoang có thể do nấm, ứ đọng dịch nhầy nhiều. Một vài trường hợp hình ảnh CT Scan mờ hoàn toàn nhưng trong lúc mổ lại chỉ thấy dày niêm mạc. Điều này có thể giải thích do việc điều trị nội khoa tốt trước mổ, nên mức độ ứ dịch hay tổn thương niêm mạc xoang hàm cải thiện đáng kể, dẫn đến việc phẫu thuật cũng như phục hồi sau mổ tốt hơn.

Đối với nhóm xoang sàng trước, chúng tôi ghi nhận mờ một phần 45/106 BN chiếm 42,5%, mờ hoàn toàn 55/106 BN chiếm 51,9%. Nhóm xoang sàng

sau, mờ 1 phần chiếm 33%, mờ hoàn toàn chiếm 54,7 %. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng không có trường hợp nào viêm xoang sàng đơn thuần, thường viêm xoang sàng thường phối hợp các nhóm xoang khác.

Đối với xoang trán, chúng tôi ghi nhận mờ một phần 23/150 BN chiếm 21,7% và mờ hoàn toàn 17/106 BN chiếm 16%. Theo tác giả Trần Việt Luân, viêm xoang sàng trước thường đi kèm với viêm xoang trán và chiếm tỷ lệ cao nhất 62,3% so với các nhóm xoang khác [13].

Đối với xoang bướm, chúng tôi ghi nhận có 14/106 BN mờ một phần chiếm 13,2%, 16/106 BN mờ hoàn toàn chiếm 15,1%. Theo Hồ Xuân Trung, trên 34 BN có viêm xoang bướm, có 10/34 BN mờ một phần chiếm 29,4% và 24/34 Bn mờ hoàn toàn chiếm 70,6% [28]. Điều này cho thấy tỉ lệ BN có viêm xoang bướm hoàn toàn chiếm nhiều hơn, khiến bệnh nhân đau đầu âm ỉ, liên tục sau trong hốc mắt và đỉnh chẩm. Chúng tôi gặp 3 trường hợp viêm xoang bướm hoàn toàn, đơn thuần và một bên thì cả 3 TH khi phẫu thuật đều viêm xoang do nấm.

#### 4.2.5.2. Dạng viêm xoang

Nghiên cứu của chúng tôi, vị trí dị hình vách ngăn (chúng tôi đánh giá trực tiếp qua nội soi) và vị trí viêm xoang có liên quan với nhau. Cụ thể, trong 71 BN viêm các nhóm xoang 1 bên thì có 48 BN (67,6%) vẹo vách ngăn cùng bên. Điều này có thể thấy, dị hình vách ngăn cũng là một điều kiện thuận lợi để dẫn đến viêm xoang mạn tính bởi các yếu tố sau. Đầu tiên, dị hình vách ngăn sẽ cản trở dẫn lưu bình thường của niêm mạc mũi, gây ứ đọng dịch xuất tiết, là điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Thứ hai, các dị hình vách ngăn gây chạm cuốn dưới sẽ kích thích cuốn dưới tiết dịch, gây viêm mũi dị ứng kinh niên, dẫn đến phù nề thoái hóa niêm mạc mũi, bí tắc phức hợp lỗ thông xoang và có khe mũi

gây nên viêm xoang. Theo Nguyễn Thanh Vũ ghi nhận, dị hình vách ngăn có tương quan với viêm xoang cùng bên. Các dị hình vách ngăn theo phân loại Mladina qua nội soi thì loại I và loại II không tương quan với viêm xoang. Tất cả các dạng dị hình vách ngăn còn lại thì có mối tương quan với viêm mũi xoang mạn tính qua phép kiểm chi bình phương ( $p < 0,05$ ). Dị hình vách ngăn có tương quan với viêm xoang cùng bên, điều này phù hợp với các nghiên cứu của Elahi(2,3) và cộng sự (1997), Elahi và Frenkiel(3) (2000) và Harar(4) (2004) [29].

Còn về viêm xoang hai bên có 35/106 BN chiếm 29,3%. Viêm xoang hai bên có thể do bệnh lý của niêm mạc mũi như trong hội chứng bất hoạt lông chuyển tiên phát (Kartagener), giảm hoạt động lông chuyển như các trường hợp nhiễm virus, không khí lạnh, ô nhiễm.

#### 4.2.5.3. Cấu trúc khác

##### Tế bào Haller

Tế bào Haller hay còn gọi là tế bào dưới ổ mắt, là một dạng của tế bào sàng. Khi thông bào này quá mức có thể làm hẹp đường dẫn lưu xoang hàm. Đặc biệt, lúc phẫu thuật vào tế bào này có thể nhầm lẫn đã vào xoang hàm, nên không giải quyết được mở lỗ thông xoang hàm.

Chúng tôi ghi nhận số BN có tế bào Haller 14/106 BN chiếm 13,2%. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Đặng Xuân Hùng, trên 400 BN VXM có chỉ định phẫu thuật nội soi mũi xoang ghi nhận 224 BN có tế bào Haller chiếm 56% [6]. Điều này có thể do mẫu nghiên cứu chúng tôi còn ít.

Cũng theo tác giả, tế bào Haller thường có cả hai bên 89,2%, có thể có 2 hay 3 tế bào, số lượng tế bào này càng nhiều thì nguy cơ bít tắc lỗ thông xoang hàm càng cao. Trường hợp tế bào Haller chui sâu vào vách xương trần xoang



hàm tạo thành hai lớp giữa vách ngăn xoang hàm và hốc mắt dễ dẫn đến sai lầm trong xác định vị trí tế bào và dễ mở nhầm vào hốc mắt [7].

#### Tế bào Agger nasi

Tế bào Agger nasi (tế bào đê mũi) là tế bào sàng đầu tiên, do sự khí hóa tạo thành. Khi BN có tế bào này to khả năng dẫn lưu xoang trán giảm đi do thành tế bào chèn ép và làm hẹp, tắc ngách trán.

Nghiên cứu của chúng tôi, BN có tế bào Agger nasi là 53/106 BN chiếm 50%, trong đó tế bào Agger nasi lớn có 17/106 BN chiếm 16%. Theo Trần Viết Luân, tỷ lệ BN có tế bào Agger nasi là 88,5% trong đó BN có tế bào Agger nasi lớn chỉ có 4 BN chiếm 3,3% [13]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 16/106 BN mờ hoàn toàn xoang trán, trong đó 100% TH có tế bào này lớn. Do đó có thể thấy việc tắc nghẽn ngách trán đều liên quan đến tế bào Agger nasi to này. Ngoài ra cần nhận biết đúng tế bào này trên CT – scan cũng như trong phẫu thuật, để tránh việc nhầm lẫn khi mở lỗ thông xoang trán.

#### Tế bào codoni

Nghiên cứu của chúng tôi, BN có tế bào Codoni 25/106 BN chiếm 23,6%. Việc nhận biết tế bào codoni trên CT – scan trước phẫu thuật rất quan trọng, nhất là có phẫu thuật mở xoang bướm vì rất dễ gây nhầm lẫn cho phẫu thuật viên.

### **4.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật**

#### **4.3.1. Loại phẫu thuật**

Phẫu thuật loại 1 chiếm 25/106 BN chiếm 23,6%, loại 2 có 40/106 BN chiếm 37,7%, loại 3 có 8/106 BN chiếm 7,5%, loại 4 có 7/106 BN chiếm 6,6%, loại 5 có 23/106 BN chiếm 21,7%, loại 6 có 3/106 BN chiếm 2,8%.

Điều này tương tự với nghiên cứu của Phan Vũ Thanh Hải trên 500 BN phẫu thuật nội soi mũi xoang, phẫu thuật làm nhiều nhất là mở khe giữa + nạo

sàng + cắt cuộn giữa chiếm 507/520 TH chiếm 97,5%. Phẫu thuật mở xoang trán thấp có 30/500 TH chiếm 5,8% [4].

Phẫu thuật loại 1 bao gồm việc mở rộng lỗ thông hàm và lấy đi mòm móc. Chúng tôi thực hiện loại này chủ yếu 25/106 BN chiếm 23,6%. Loại phẫu thuật này can thiệp tối thiểu, còn gọi là mini-FESS giải quyết được bệnh tích khi có tắc phức hợp lỗ thông khe (nghiên cứu của chúng tôi có 100% BN tắc phức hợp lỗ thông khe trên CT Scan). Trường hợp BN có lỗ thông xoang hàm phụ (60/106 BN chiếm 56,6% trong nghiên cứu của chúng tôi), chúng tôi thực hiện mở rộng và nối lỗ thông xoang hàm tự nhiên và lỗ thông phụ thành một nhằm tránh hiện tượng dẫn lưu vòng gây viêm xoang tái phát sau mổ.

Phẫu thuật loại 2 bao gồm phẫu thuật loại 1 và giải quyết bệnh tích vùng sàng trước. Chúng tôi thực hiện loại phẫu thuật này trên 40/106 BN chiếm 37,7%. Các bệnh tích vùng sàng – hàm thường hay gặp nhất, nhất là vùng sàng trước do bóng sàng thoái hóa hay quá phát gây chèn ép đường dẫn lưu xoang.

Phẫu thuật loại 3 bao gồm cả hai loại phẫu thuật trên và phẫu thuật xoang trán. Chúng tôi có 8/106 BN chiếm 7,5%. Ngách trán là vùng rất hẹp, có cấu trúc giải phẫu phức tạp nên phẫu thuật viên rất cẩn thận khi thao tác vì dễ gây tai biến nghiêm trọng như tổn thương xương giấy, hoặc không giải quyết hết bệnh tích, nhâm lẫn vào tế bào ager nasi dẫn đến sẹo hẹp tắc ngách trán sau mổ gây viêm xoang tái phát.

Phẫu thuật loại 4 là phẫu thuật mở nhóm xoang sàng và có thể mở xoang bướm. Phẫu thuật này có 7/106 BN chiếm 6,6%. Do bệnh tích nhóm xoang sàng đơn thuần thường rất ít xảy ra. Tuy nhiên có các trường hợp viêm dày niêm mạc xoang sàng, gây ứ đọng dịch, khiến BN đau nặng đầu, rất khó tập trung thì việc mở rộng các nhóm xoang sàng mang lại hiệu quả tốt.

Phẫu thuật loại 5 là phẫu thuật mở thông tất cả các xoang. Phẫu thuật này chúng tôi thực hiện 23/106 BN chiếm 21,7%. Các bệnh nhân này viêm xoang mãn tính lâu ngày dẫn đến niêm mạc tất cả các xoang đều thoái hóa, không còn chức năng dẫn lưu. Đây là phẫu thuật lớn đặc biệt can thiệp vào nhóm xoang sau nên các tai biến thường xảy ra như tổn thương nền sọ, động mạch sán sau, động mạch cảnh trong nếu không quan sát kỹ CT- scan trước phẫu thuật và thật cẩn thận phẫu thuật. Mục tiêu là giải quyết tắc nghẽn và tạo điều kiện cho bơm xịt corticoide, phục hồi niêm mạc mũi.

Phẫu thuật loại 6 là phẫu thuật mở xoang bướm đơn thuần qua đường mũi, chúng tôi có 3/106 BN chiếm 2,8%. Cả 3 BN đều có viêm xoang bướm đơn thuần và nguyên nhân là do nấm. Chúng tôi mở rộng lỗ thông bướm loại II theo Phạm Kiên Hữu [10] là mở rộng phần trên tới kích thước khoảng một nửa chiều cao của xoang bướm. Lỗ thông xoang bướm được tìm thấy ở vùng gần cuốn mũi trên, thường dễ tiện việc quan sát vách sàng bướm, chúng tôi dùng spatula đẩy nhẹ cuốn giữa và cuốn trên ra ngoài. Sau đó chúng tôi thăm dò bằng ống hút thẳng. Khi mở xoang bướm cần phải rất cẩn thận do động mạch cảnh có thể lồi vào trong xoang bướm, rất khó quan sát trên CT – scan.

#### ***4.3.2. Thời gian phẫu thuật***

Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ 20 – 40 phút nhiều nhất có 47/106 BN chiếm 44,3%. Thời gian mổ > 60 phút ít nhất 18/106 BN chiếm 17%, thời gian 40 – 60 phút có 41/106 BN chiếm 38,7%. Do tỷ lệ BN có bệnh tích vùng xoang trước như xoang hàm, sàng trước khá cao nên thời gian phẫu thuật ngắn chiếm nhiều nhất 44,3%. Tuy nhiên, do có các phẫu thuật mở toàn bộ các xoang kèm theo chỉnh hình vách ngăn nên một số BN thời gian mổ trên 60 phút. Tuy

thời gian phẫu thuật không đánh giá được thành công của cuộc mổ nhưng việc phẫu thuật quá lâu sẽ ảnh hưởng đến tình trạng hậu phẫu của bệnh nhân.

#### **4.3.3. Tai biến trong mổ**

Trong lúc mổ chúng tôi chỉ gặp trường hợp chảy máu ít, có thể cầm máu bằng đặt meche tẩm Rhinex, không có trường hợp nào chảy máu nhiều khó cầm, không có tổn thương ổ mắt và nền sọ. Trong phẫu thuật mở sàng hàm, dễ gặp nhất là tổn thương xương giấy. Phan Đình Vĩnh San [20] ghi nhận có 1 BN (chiếm 0,7%) tụ máu quanh ổ mắt do tổn thương xương giấy lúc phẫu thuật, không tổn thương các cơ trực. Phan Hùng Xô [30] cũng ghi nhận tai biến 1 trường hợp (2,4%) phù nề tụ máu ổ mắt sau phẫu thuật. Luciano S C và cộng sự [52] ghi nhận có 4/192 BN (2,08%) tổn thương xương giấy, nhưng không ảnh hưởng thị lực.

Chúng tôi nhận thấy rằng, dưới hướng dẫn của nội soi, phẫu thuật viên có thể nhìn thấy rõ các cấu trúc giải phẫu, khi nạo sàng trước cần chú ý xương giấy chỉ là một vách xương rất mỏng và đôi khi không liên tục, để tránh tai biến tổn thương vách xương này, người phụ mổ cần ấn nhẹ vào nhãn cầu khi có dấu hiệu nghi ngờ qua nội soi. Trong trường hợp xương giấy bị khuyết hổng, chỉ có lớp niêm mạc bao phủ thì phần khuyết hổng sẽ di động khi ấn nhãn cầu. Y Bajaj [31] ghi nhận có 1/266 BN tai biến nặng, chảy dịch não tủy từ trần sàng và được xử trí ngay trong mổ. Chảy máu thứ phát 4,1%. Sa lồi mỡ ổ mắt vào hố mổ 0,75%.

#### **4.3.4. Biến chứng sau mổ**

Nghiên cứu của chúng tôi, hai biến chứng sau mổ là chảy máu sau rút bậc 26/106 BN chiếm 24,5% và dính niêm mạc 9/106 BN chiếm 8,5%.

Tỷ lệ chảy máu sau rút bậc 26/106 BN chiếm 24,5% (tất cả các BN đều được điều trị nội khoa). Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng việc

chuẩn bị BN trước khi rút bấc cũng rất quan trọng. Vì nếu đang rút bấc huyết áp BN tăng cao thì sau đó, cũng có khả năng sẽ chảy máu sau rút bấc gây ảnh hưởng tâm lý đến BN. Trường hợp bấc mũi khô nên nhỏ nhiều nước muối sinh lý nhằm làm niêm mạc mũi không dính chặt với bấc mũi, khi rút BN đỡ đau hơn và ít chảy máu niêm mạc, tránh làm vạt niêm mạc tách rời ra khi rút bấc thô bạo. Nghiên cứu của Phan Văn Thái tại BV Thủ Đức, có 11/159 BN chảy máu trong và sau mổ, được xử trí bằng cách nhét meche tẩm co mạch, nhét surgicel và chích thuốc cầm máu [22]. Nghiên cứu của Phan Vũ Thanh Hải tại BV Đà Nẵng 29/520 BN được xử trí bằng cách nhét meche tẩm co mạch, nhét surgicel và chích thuốc cầm máu và đốt điện [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dính sau mổ có 9 BN chiếm 8,5%. BN được tái khám 1 tuần sau đó và gỡ dính tại phòng nội soi, đặt gelform tách dính sau 3 tháng còn 2 BN bị dính chiếm 1,9%. Trong lúc mổ, do thao tác có thể làm trầy xước hai mép niêm mạc đối diện nhau và gây dính sau mổ. Nếu phẫu thuật viên nhận ra có thể dùng gelform đặt hay dùng dao điện đốt có thể tránh biến chứng dính sau mổ. Nghiên cứu của Phan Văn Thái tại BV Thủ Đức, có 14/159 BN dính sau mổ, được xử trí bằng cách gỡ dính [22]. Theo Nghiêm Đức Thuận, tỷ lệ BN dính sau mổ là 3,33% [23] cũng tương đương với nghiên cứu chúng tôi. Do đó, việc tái khám và nội soi sau mổ rất quan trọng nhằm hút sạch dịch xuất tiết, máu đông và gỡ dính niêm mạc.

#### **4.3.5. Triệu chứng cơ năng sau mổ**

Nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN đều giảm các triệu chứng cơ năng sau mổ và sau 3 tháng triệu chứng giảm nhiều hơn so với 1 tuần sau mổ, sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

#### 4.3.5.1. Nghẹt mũi

Triệu chứng nghẹt mũi cải thiện 87,7% sau 1 tuần (104 BN nghẹt mũi còn 11 BN sau 1 tuần) và cải thiện 94,3% sau 3 tháng (còn 4 BN nghẹt mũi). Kết quả này tương đương với tác giả Nghiêm Đức Thuận, nghẹt mũi cải thiện 94,25% sau mổ [23]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm NOSE trung bình tại thời điểm trước phẫu thuật là  $44,52 \pm 15,16$ , cao hơn nhiều so với điểm NOSE trung bình tại thời điểm sau phẫu thuật 01 tuần,  $20,53 \pm 9,93$ . Điểm trung bình này giảm rõ sau mổ 01 tháng là  $16,39 \pm 9,62$  và giảm thấp chỉ còn  $11,06 \pm 10,25$  vào thời điểm 03 tháng sau mổ. Điểm NOSE trung bình sau mổ tại các thời điểm 01 tháng và 03 tháng sau phẫu thuật nhỏ hơn so với trước phẫu thuật rất rõ rệt với  $p < 0,001$ . Một nghiên cứu gần đây của tác giả Trần Minh Hạnh (2015) [15] đã sử dụng thang điểm NOSE đánh giá trên 131 bệnh nhân nghẹt mũi do dị hình vách ngăn. Trước phẫu thuật, điểm NOSE trung bình là 40 điểm, so với điểm NOSE sau phẫu thuật 01 tuần giảm còn 25 điểm và sau phẫu thuật 01 tháng là 15 điểm, sau 03 tháng còn 05 điểm với các  $p < 0,001$ .

#### 4.3.5.2. Chảy mũi

Triệu chứng chảy mũi, 101 BN sau mổ 1 tuần còn 22 BN cải thiện 74,5%, còn 4 BN sau 3 tháng cải thiện 91,5%. So với nghiên cứu của Vũ Hải Long và Nguyễn Hữu Khôi trên 139 BN, tỷ lệ cải thiện triệu chứng này là 62,8% [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng chảy mũi cải thiện khá rõ rệt sau phẫu thuật, điều này chứng minh việc phẫu thuật giải quyết hầu như triệt để tình trạng viêm gây ứ đọng dịch và tái lập lại con đường dẫn lưu bình thường của niêm mạc mũi xoang. Các TH vẫn còn chảy mũi sau phẫu thuật 3 tháng gặp trên bệnh nhân có viêm mũi ứng phối hợp, gây chảy mũi trong nhất là khi thời tiết

thay đổi. Các TH này đáp ứng tốt với thuốc kháng histamine và kháng viêm dạng xịt.

#### *4.3.5.3. Đau nặng đầu/ mắt*

Triệu chứng đau căng nặng đầu/ mắt, 91 BN sau mổ 1 tuần còn 21 BN cải thiện 67%, sau 3 tháng còn 8 BN cải thiện 79,2%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Hải Long và Nguyễn Hữu Khôi, tỷ lệ cải thiện triệu chứng nhức đầu là 88,6% [12]. Một số BN sau mổ không hết nhức đầu cũng dễ hiểu vì có thể loại trừ yếu tố nhức đầu do bệnh lý mũi xoang, BN có thể kèm theo các dạng như đau khác như nhức đầu Migrain, nhức đầu vận mạch, tăng huyết áp. Lúc này, người thầy thuốc nên giải thích kỹ cho BN trước mổ, tránh gây thất vọng cho BN sau mổ. Đối với các trường hợp nhức đầu, người thầy thuốc nên loại trừ các nguyên nhân do bệnh lý nội khoa trước khi có chỉ định phẫu thuật.

#### *4.3.5.4. Rối loạn khứu giác*

Triệu chứng ngửi kém, 20 BN sau mổ 1 tuần còn 6 BN cải thiện 13,2 %, sau 3 tháng còn 4 BN cải thiện 15,1%. Tỷ lệ này khả quan là do ngửi kém do nguyên nhân dẫn truyền. Tuy nhiên, vẫn còn 4 BN vẫn chưa cải thiện được khứu giác sau mổ 3 tháng, có thể do thời gian mắc bệnh quá lâu, dẫn đến thời gian mất khứu kéo dài gây tổn thương các tế bào cảm nhận khứu giác ở khe trên sàn mũi. So với Nghiêm Đức Thuận, nghiên cứu 736 BN cải thiện triệu chứng giảm ngửi sau mổ là 68,15% [23].

### **4.3.6. Nội soi sau mổ**

#### *4.3.6.1. Niêm mạc sau mổ*

Nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng niêm mạc sau 1 tuần chủ yếu là bình thường 45,3%, phù nề chiếm 44,3% và dính niêm mạc có 11/106 BN chiếm 10,4%. BN sau khi xuất viện được sử dụng thuốc kháng sinh, kháng viêm tại chỗ

hay toàn thân, loãng nhầy trong vòng 4 tuần, hướng dẫn cách rửa mũi tại nhà. Sau 1 tuần, BN quay lại tái khám đánh giá và chăm sóc hố mổ, hút sạch dịch nhầy, máu đông và gờ dính nếu có. Nghiên cứu chúng tôi có 8 TH bị dính gồm có dính niêm mạc cuốn giữa vào vách mũi xoang và dính vào vách ngăn. Tại phòng nội soi, gỡ dính bằng cách cho BN nhỏ mũi thuốc co mạch tại chỗ như Rhinex, đặt lidocain, dùng cutting cắt niêm mạc dính sau đó đặt lại spongel hay meche chỗ đã tách dính.

Sau 3 tháng, tình trạng niêm mạc hồng là 94,3% và dính còn 2/106 BN chiếm 1,9%. Cả hai đều dính niêm mạc cuốn mũi giữa vào vách mũi xoang, vị trí này ít ảnh hưởng đến dẫn lưu xoang. Thời gian 3 tháng là thời gian đủ để niêm mạc mũi xoang phục hồi, đánh giá niêm mạc mũi thời gian này có giá trị chẩn đoán xem mức độ thành công của việc điều trị.

#### *4.3.6.2. Xuất tiết sau mổ*

Sau mổ 1 tuần, xuất tiết 60/106 BN chiếm 60,4%, dịch loãng có 48/106 BN chiếm 45,3%, nhầy có 16/106 BN chiếm 15,1%. Do niêm mạc hốc mổ còn viêm, chưa phục hồi hoàn toàn nên dịch xuất tiết còn cao. Sau mổ 3 tháng, chỉ có 17/106 BN còn xuất tiết dịch, trong đó dịch nhầy đặc chiếm 0,9%.

#### **4.3.7. Đánh giá kết quả sau mổ**

Trong nghiên cứu chúng tôi đánh giá kết quả chung theo bốn mức độ: tốt, khá, trung bình và kém theo những tiêu chí đã đề cập trong phương pháp nghiên cứu. Kết quả sau mổ 3 tháng tốt chiếm nhiều nhất 133/150 BN chiếm 88,7%, kết quả khá có 12/150 BN chiếm 8% và trung bình ít nhất có 5/150 BN chiếm 3,3%, không có trường hợp nào kết quả kém cần can thiệp lại.

Kết quả đánh giá chung của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả khác như Trần Quý Ngọc (2005) [17] đã nghiên cứu kết quả sau 1 tháng PT cho



thấy kết quả tốt là 91,67%, hay Võ Thanh Quang [17] với kết quả tốt đạt 82,8%, Phan Đình Vĩnh San có kết quả tốt đạt 88,7% [20], Phan Hùng Xô [30] 73,8%. Bijan [36] ghi nhận có 188/200 BN (94%), 10 BN không thay đổi và 2 BN than phiền triệu chứng tệ hơn. Jeelani [57] ghi nhận 94% bệnh nhân cải thiện, 4% chỉ cải thiện một phần, 2% bệnh nhân không thuyên giảm, tất cả được đánh giá theo thang điểm VAS. Vaishali và cộng sự (2017) ghi nhận 94% BN hài lòng sau phẫu thuật [62].

Kết quả sau mổ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như quá trình điều trị nội khoa tích cực trước và sau mổ, chăm sóc hậu phẫu như hút sạch nhầy, máu đông và rửa mũi sau mổ giúp cho sự lành vết mổ nhanh chóng, phục hồi hệ thống nhầy – lông chuyên nhanh hơn. Bên cạnh đó, chỉ định phẫu thuật cũng rất quan trọng, chỉ định mổ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như triệu chứng gây khó chịu của BN, hình ảnh nội soi và CT Scan trước mổ. Các thao tác lúc mổ cũng là một yếu tố chính quyết định thành công của việc điều trị.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 106 trường hợp, chúng tôi rút ra những kết luận như sau:

### **1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm mũi xoang trước mạn tính:**

Nam (50,9%) nhiều hơn nữ (49,1%).

Độ tuổi thường gặp nhất là 30 – 39 tuổi.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là nghẹt mũi 98,1%, chảy mũi 95,3%, đau căng nặng đầu/ mặt 86,8% và giảm khứu giác 18,9%. Hình ảnh nội soi thường gặp là có dịch các khe 100%, kiểu dị hình chủ yếu là gai hay mào vách ngăn chiếm 54,7%. Có mối liên quan giữa hình thái vách ngăn với mức độ nghẹt mũi trên lâm sàng.

Hình ảnh CT Scan ghi nhận 100% có tắc phức hợp lỗ thông khe, viêm các nhóm xoang trước chiếm nhiều nhất, không có trường hợp nào viêm xoang sàng hay xoang trán đơn thuần. Vị trí viêm xoang có tương quan đến vị trí vách ngăn. BN có tế bào Haller 14/106 BN chiếm 13,2%, agger nasi có 53/106 BN chiếm 50%, tế bào codoni có 25/106 BN chiếm 23,6%.

### **2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mũi xoang trên bệnh nhân viêm mũi xoang trước mạn tính:**

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận BN được phẫu thuật type 1 chiếm nhiều nhất 28/106 BN chiếm 26,4%, type 2 có 44/106 BN chiếm 41,5%, type 3 ít nhất có 10/106 BN chiếm 9,4% và type 4 có 24/106 BN chiếm 22,6%.

Tỷ lệ cải thiện các triệu chứng sau mổ cao như nghẹt mũi 94,3%, chảy mũi 91,5%, đau căng nặng đầu/ mặt 79,2%, ngửi kém 15,1%. Như vậy, sau PT 3 tháng, các triệu chứng cơ năng được cải thiện rõ rệt với  $p < 0,001$ .

Không có trường hợp nào xảy ra tai biến sau mổ. Biến chứng sau mổ là chảy máu sau rút bấc mũi 24,5% và dính niêm mạc chiếm 8,5%.

Kết quả sau mổ 3 tháng tốt 90,6%, khá 7,5% và trung bình là 1,9%.

## **KIẾN NGHỊ**

Qua các kết quả thu được, chúng tôi có những kiến nghị sau:

- Bệnh nhân cần được điều trị nội khoa tích cực trước khi chỉ định phẫu thuật, sau phẫu thuật cần chăm sóc và điều trị tiếp tục.
- Dị hình vách ngăn có tương quan đến viêm mũi xoang cùng bên do đó, cần phẫu thuật CHVN trước những đối tượng có nguy cơ dễ viêm mũi xoang .
- PTNSMX kết hợp với CHVN cần được thực hiện rộng rãi ở các tuyến chuyên khoa Tai Mũi Họng .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng việt

1. Trần Mỹ Bình (2013), “Hiệu quả rửa mũi dùng dung dịch nước muối ưu trương 3% trong chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi mũi xoang”, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 17(4), tr. 140 - 145.
2. Huỳnh Khắc Cường, Đặng Xuân Hùng (2016), “Viêm mũi xoang không polyp”, Viêm mũi xoang, Nhà xuất bản Y học TP. Hồ Chí Minh, tr. 34 – 45.
3. Nguyễn Hoàng Thùy Dung (2014), Khảo sát đặc điểm lâm sàng, CT Scan, nội soi và giải phẫu bệnh của viêm xoang hàm một bên tại bệnh viện Đại học y dược TPHCM từ tháng 8/2013 đến tháng 5/2014, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
4. Phan Vũ Thanh Hải, Phan Thanh Hoàng, Huỳnh Bá Tân (2006), “Đánh giá phẫu thuật mũi xoang qua nội soi tại bệnh viện Đà Nẵng từ 2001-2005”, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 10(1), tr. 71-74.
5. Phan Mộng Hoàng (2013), “Nghiên cứu đặc điểm hình thái mòm móc và trần sàng qua 95 phim CT.Scan mũi xoang”, Tạp chí Y học thực hành, số 857, tr. 64-66.
6. Đặng Xuân Hùng (2010), “Hình dạng, vị trí, kích thước tế bào Haller và xương giấy trong phẫu thuật nội soi mũi xoang nhằm tránh mổ vào hốc mắt”, Tạp chí Y Dược học quân sự, số 3, tr. 153 - 157.
7. Nguyễn Thái Hưng (2013), “ Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm đa xoang mạn tính bằng phẫu thuật nội soi chức năng tại Bệnh viện 198”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 857, tr. 47 - 49.

8. Phạm Kiên Hữu (2003), “Phẫu thuật nội soi có cắt bán phần cuốn mũi giữa”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 7(1), tr. 87-90.
9. Phạm Kiên Hữu (2010), “Phẫu thuật nội soi mũi xoang không nhét bác thường quy: sau 200 trường hợp mổ tại bệnh viện ĐHYD TP. Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 14(1), tr. 154-157.
10. Phạm Kiên Hữu (2010), *Lâm sàng phẫu thuật nội soi xoang*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh.
11. Phạm Kiên Hữu (2011), “ Bước đầu đánh giá hiệu quả sử dụng của bộ dụng cụ vệ sinh mũi cá nhân trên sự giảm bớt các triệu chứng cơ năng sau mổ và quá trình lành thương sau phẫu thuật nội soi mũi xoang”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 15(1), tr. 159 - 162.
12. Vũ Hải Long, Nguyễn Hữu Khôi (2005), “Đánh giá kết quả điều trị viêm xoang mạn tính bằng phẫu thuật nội soi mũi xoang”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 9(1), tr. 133-136.
13. Trần Viết Luân (2013), *Nghiên cứu phẫu thuật nội soi vách ngăn với hệ thống hướng dẫn hình ảnh định vị ba chiều*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
14. Phùng Minh Lương (2011), “Nghiên cứu bệnh viêm xoang ở dân tộc Ê Đê – Đắk Lắk”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 755, tr. 80-81.
15. Trần Minh Hạnh (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị dị hình vách ngăn mũi gây nghẹt mũi tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ*, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
16. Nguyễn Ngọc Phan (2011), “ Nhắc lại sơ lược giải phẫu sinh lý mũi xoang”, *Viêm mũi-xoang*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.9 – 31.

17. Trần Quý Ngọc (2005), “Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi qua nội soi kết hợp FESS”, Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
18. Võ Thanh Quang (2010), “Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị viêm xoang mạn tính bằng phẫu thuật nội soi xoang”, *Tạp chí Y Dược học quân sự*, số 2, tr. 173-177.
19. Nhan Trùng Sơn (2016), “Bệnh lý mũi xoang”, *Tai mũi họng quyển 2*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, tr. 1 – 192.
20. Phan Đình Vĩnh San (2016), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm mũi xoang trước mạn tính và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mũi xoang tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ”, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
21. Nguyễn Trọng Tài (2013), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm mũi xoang”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 873, tr. 175-179.
22. Phan Văn Thái (2010), “Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi mũi xoang trong điều trị viêm xoang mạn tính thực hiện tại Bệnh viện quận Thủ Đức”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 14(1), tr. 95 - 99.
23. Nghiêm Đức Thuận, Vũ Văn Minh (2012), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh viêm mũi xoang mạn tính và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mũi xoang”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, 7(1), tr. 98-102.
24. Nghiêm Đức Thuận (2015), “Nghiên cứu mối tương quan giữa lâm sàng, nội soi và hình ảnh cắt lớp vi tính mũi xoang trên bệnh nhân bị viêm đa xoang mạn tính nặng tại khoa tai mũi họng bệnh viện Quân y 103”, *Kỷ yếu Hội nghị khoa học tai mũi họng toàn quốc lần thứ XVIII*, tr. 83- 87.
25. Phan Ngọc Toàn (2011), “Mũi và các xoang cạnh mũi”, *Giải phẫu học sau đại học*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, tr. 36-63.

26. Lâm Huyền Trân (2011), “Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi mũi xoang chức năng trong điều trị nhức đầu do điểm tiếp xúc”, *Tạp chí Y học TP HCM*, 15(2), tr. 34 - 37.
27. Nguyễn Thị Trung, Phạm Kiên Hữu, Nguyễn Hữu Khôi (2004), “Góp phần nghiên cứu một số mốc giải phẫu vùng mũi xoang ứng dụng trong phẫu thuật nội soi mũi xoang”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 8(1), tr. 10-17.
28. Hồ Xuân Trung (2017), đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang mạn tính có viêm xoang bướm bằng phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang, *Tạp chí y dược học*, tập 6(6), Đại học Y Dược Huế, tr. 114 – 121.
29. Nguyễn Thanh Vũ (2011), “Khảo sát mối tương quan giữa vẹo vách ngăn và viêm mũi xoang mạn tính”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 15(1), tr. 153 - 158.
30. Phan Hùng Xô (2015), “Đánh giá hiệu quả bước đầu phẫu thuật nội soi mũi xoang trong điều trị viêm xoang mạn thực hiện tại bệnh viện tỉnh Gia Lai”, Chuyên Đề Tai mũi họng và phẫu thuật đầu cổ, Nhà Xuất Bản Y học, tr. 149 – 154.

## **TIẾNG ANH**

31. Bajaj. Y, Gadepalli. C and Reddy. T (2006), “Functional Endoscopic Sinus Surgery: Review of 266 Patients”, *The Internet Journal of Otorhinolaryngology*, Vol 6(1), <https://ispub.com/IJORL/6/1/8172>.
32. Baumann I (2010), “Subjective Outcomes Assessment in Chronic Rhinosinusitis”, *The Open Otorhinolaryngology*, 4, p. 28-33.
33. Bezerra T.F.P, Piccirillo J.F (2012), “Assessment of quality of life after endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis”, *Braz J Otorhinolaryngol*, 78(2), p. 96-102.



34. Bhattacharyya N (2004), "Symptom Outcomes After Endoscopic Sinus Surgery for Chronic Rhinosinusitis", *Arch Otolaryngol Head Neck surg*, 130, p. 329-333.
35. Bibi Lange Trine Thilsing, Abir Al-kalemji, Jesper Bælum, Torben Martinussen & Anette Kjeldsen (2011), "The Sino-Nasal Outcome Test 22 validated for Danish patients", *Danish medical bulletin*, 58(2), p.A4235.
36. Bijan Khademi, Behrooz Gandomi, Abdul Hameed Chohedri, Ali Akbar Emaili and Habibolah Eghadami (2007), "Endoscopic Sinus Surgery: results at two year follow – up on 200 patients", *Pakistan journal of medical science* 7/2007 – 9/2007, vol 23(4), pp. 607 – 609.
37. Brook I (2006), " Surgical management", *Sinusitis - From microbiology to management*, Taylor & Francis Group, US, p. 233 – 268.
38. Bull T.R (2003), " The nose", *Color atlas of ENT diagnosis*, Thieme, New York, p.126.
39. Casiano R.R (2002), " Inferior turbinoplasty", *Endoscopic sinus surgery dissection manual*, Marcel Dekker, US, p.22.
40. Deepthi NV (2012), "Chronic Rhinosinusitis", *Amrita Journal of Medicine*, 8(1), p. 4-8.
41. Desrosiers M, Evans G.A (2011), "Canadian Clinical Practice Guidelines for Acute and Chronic Rhinosinusitis", *Journal of Otolaryngology-Head and neck surgery*, 40, p. 99-142.
42. Dhillon R.S, East C.A (2013), "The nose", *Ear nose and throat and head and neck surgery an illustrated*, Churchill Livingstone, UK, p.33.

43. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (2012), *Rhinology official journal of the European and International Societies*, 50(23), p. 1-298.
44. Goldernberg D (2011), “Chronic rhinosinusitis”, *Handbook of otolaryngology - Head and neck surgery*, Thieme, New York, p. 237 – 242.
45. Ishitoya J, Sakuma Y, Tsukuda M (2010). “Eosinophilic Chronic Rhinosinusitis in Japan”, *Allergology International*, 59(3), p. 239-245.
46. Johnson J.T, Rosen C.A (2014), “Rhinology and Allergy”, *Bailey’s head and neck surgery otolaryngology*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p.364
47. Juergen Theissing, Gerhard Rettinger, Jochen A. Wener (2011), “Surgery of the paranasal sinuses and their adjacent structures”, *ENT- Head and Neck Surgery Essential Procedures*, Thieme, New York, p.113.
48. Kountakis S.E (2005), “Chronic Frontal Rhinosinusitis”, *The frontal sinus*, Springer, New York, p.47.
49. Lalwani A.K (2012), “ Acute and chronic rhinosinusitis”, *Current diagnosis & treatment Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 3rd, Mc Graw Hill, US, p. 291 – 301.
50. Lee K.J (2012), “ The nose: Acute and chronic sinusitis”, *Essential Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Mc Graw Hill, US, p. 397 – 415.
51. Levine H.L (2005), “ Surgical anatomy of the paranasal sinus”, *Sinus surgery - Endoscopic and microscopic approaches*, Thieme, New York, p. 1 – 56.

52. Metin Önerci T (2013), *Nasal physiology and pathophysiology of nasal disorders*, Springer, New York.
53. Mishra D.K, Bhatta R, Verma L.R (2010), “Quality of Life after Functional Endoscopic Sinus Surgery”, *Nepalese Journal of ENT Head and Neck Surgery*, 1(2), p. 6-8.
54. Mujaini A.A (2009), “Functional Endoscopic Sinus Surgery: Indications and Complications in the Ophthalmic Field”, *Oman Medical Journal*, 24(2), pp. 70-80.
55. Palmer J.N, Chiu A.G (2013), *Atlas of endoscopic sinus and skull base surgery*, Elsevier Saunders, Philadelphia.
56. Rosenfeld R.M (2015), “Clinical practice guideline: Adult sinusitis”, *Otolaryngology-Head and neck surgery*, 152, p. 1-39.
57. Umeeek Jeelani, Ulfat Ara Wani, ShahiKahan, Shabirkhanday, HinaJeelani and Basharat Ara Wani (2015), “The efficacy of functional endoscopic sinus surgery in recurrent and refractory Rhinosinusitis patients in terms of symptomatic benefit – a prospective study”, *International Journal of Current Research*, vol 7(08), pp. 19697 – 19705.
58. Sarber K.M (2013), “Approaching Chronic Sinusitis”, *Southern Medical Journal*, 106(11), p. 642 – 648.
59. Slavine R.G (2005), “The diagnosis and management of sinusitis: A practice parameter update”, *J Allergy Clin Immunol*, 116, p.13-47.
60. Snell R.S (2012), “Head and neck”, *Clinical anatomy by regions*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p.527 – 681.
61. Wormald P.J (2013), “Uncinectomy and middle meatal antrostomy including canine fossa puncture/trephine”, *Endoscopic Sinus Surgery*, Thieme, New York, p.28 – 44.

62. Vaishali S., Rao S.P., Rachana C., Kalpana R.K (2017), “Effectiveness of functional endoscopic sinus surgery in treatment of adult chronic rhinosinussitis refractory to medical management”, Paripex – Indian journal of research, vol 6(5), pp. 550 – 552.

**Phụ lục 1**  
**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**

Đề tài nghiên cứu: *“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang mạn tính có dị hình vách ngăn bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2018 – 2019”*

*Người thực hiện: Bs Thạch Hoàng Huy*

*Hướng dẫn 1: TS.BS.CHÂU CHIÊU HÒA*

*Hướng dẫn 2: BS. CKII. DƯƠNG HỮU NGHỊ*

**I. Hành chánh**

Họ và tên bệnh nhân:.....

Giới tính:       Nam       Nữ      Tuổi: .....

Địa chỉ:.....

Điện thoại liên hệ: .....

Ngày nhập viện: .....

Số bệnh án ..... số lưu trữ: .....

Nghề nghiệp:

- Học sinh – sinh viên
- Nông dân
- Công nhân
- Cán bộ
- Buôn bán
- Khác (ghi rõ).....

- Yếu tố nguy cơ môi trường:  Máy lạnh  Khói bụi  Hút thuốc lá.

- Bệnh lý kèm theo:

Viêm mũi dị ứng  Trào ngược họng thanh quản  Bệnh lý khác.

- Thời gian mắc bệnh: .....(năm)

## II. Đặc điểm lâm sàng

a. Lý do nhập viện :.....

### b. Triệu chứng lâm sàng

- Nghẹt mũi:  Có  Không

	Triệu chứng	Không ảnh hưởng	Rất ít	Trung bình	Rất nhiều	Nghiêm trọng
1	Nghẹt mũi hay cảm giác thiếu không khí	0	1	2	3	4
2	Tắc mũi hay nghẹt hoàn toàn	0	1	2	3	4
3	Khó chịu khi thở bằng mũi	0	1	2	3	4
4	Nghẹt mũi ảnh hưởng giấc ngủ	0	1	2	3	4
5	Không thể lấy đủ khí qua mũi khi tập thể dục hay gắng sức	0	1	2	3	4

Tổng điểm NOSE x 5 = .....

- Chảy mũi:  Chảy mũi trước  Chảy mũi sau  Chảy mũi trước và sau

- Đau nặng đầu/ mặt:

Từng cơn

Liên tục

- Rối loạn về khứu giác:  Có  Không  
 Nhẹ  
 Vừa  
 Nặng

### III. Đặc điểm cận lâm sàng

#### Hình ảnh nội soi trước mổ

- Vách ngăn vẹo:  Trái  Phải  
 Hình chữ C  
 Hình chữ S  
 Gai vách ngăn  
 Mào vách ngăn  
 Dày chân vách ngăn
- Cuốn mũi giữa quá phát:  Có  Không
- Bóng sàng quá phát  Có  Không
- Mỏm móc quá phát  Có  Không
- Lỗ xoang hàm phụ:  Có  Không
- Dịch khe giữa:  Có  Không  
Đánh giá tính chất dịch gồm:  loãng,  đặc  
Màu sắc dịch:  trong,  đục.
- Thang điểm Lund – Mackay trong CT scan [2]: ..... điểm
- Vị trí viêm xoang:  Trái  Phải  Cả hai
- Concha bullosa cuốn giữa:  Có  Không
- Tế bào Haller:  Có  Không
- Tế bào Agger nasi:  Có  Không
- Tế bào Codoni:  Có  Không

#### IV. Đánh giá kết quả điều trị

- Thời gian phẫu thuật:

- Từ 20 đến 40 phút,
- Từ 40 đến 60 phút,
- Trên 60 phút.

- Loại phẫu thuật:

- Loại 1: mở khe giữa + CHVN
- Loại 2: mở khe giữa + sàng trước + CHVN
- Loại 3: mở khe giữa + sàng trước + trán + CHVN
- Loại 4: mở toàn bộ các xoang sàng, hàm, trán, bướm + CHVN

- Tai biến lúc mổ:

- Chảy máu ít
- Chảy máu nhiều
- Tổn thương nền sọ
- Chấn thương ổ mắt.

- Thời gian rút bấc mũi sau mổ: .....giờ

- Tai biến sau rút bấc:

- Chảy máu ít
- Chảy máu nhiều

- Dính niêm mạc sau mổ :  Có  Không

- Triệu chứng lâm sàng 1 tuần

- Nghẹt mũi
- Chảy mũi
- Đau nặng đầu/mặt
- Rối loạn khứu giác

- Triệu chứng lâm sàng 1 tháng



- Nghẹt mũi
- Chảy mũi
- Đau nặng đầu/mặt
- Rối loạn khứu giác

- Triệu chứng lâm sàng 3 tháng

- Nghẹt mũi
- Chảy mũi
- Đau nặng đầu/mặt
- Rối loạn khứu giác

- Nội soi sau mổ 1 tuần

Niêm mạc:  Hồng     Sung huyết     Dính.

Xuất tiết:  Dịch loãng, nhầy     Mủ đặc.

Nhức đầu

- Nội soi sau mổ 1 tháng

Niêm mạc:  Hồng     Sung huyết     Dính.

Xuất tiết:  Dịch loãng, nhầy     Mủ đặc.

- Nội soi sau mổ 3 tháng

Niêm mạc:  Hồng     Sung huyết     Dính.

Xuất tiết:  Dịch loãng, nhầy     Mủ đặc.

- Phân loại kết quả:

- Kết quả tốt
- Kết quả khá
- Kết quả trung bình
- Kết quả kém