

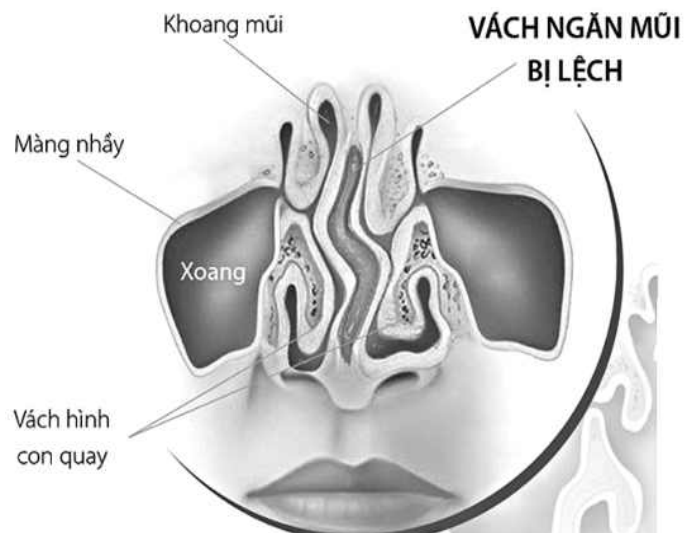
ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH LÝ MŨI XOANG DO DỊ HÌNH VÁCH NGĂN VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BƯỚC ĐẦU TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG - BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

■ Nguyễn Trọng Tuấn, Tạ Trâm Anh, Nguyễn Thị Hoa

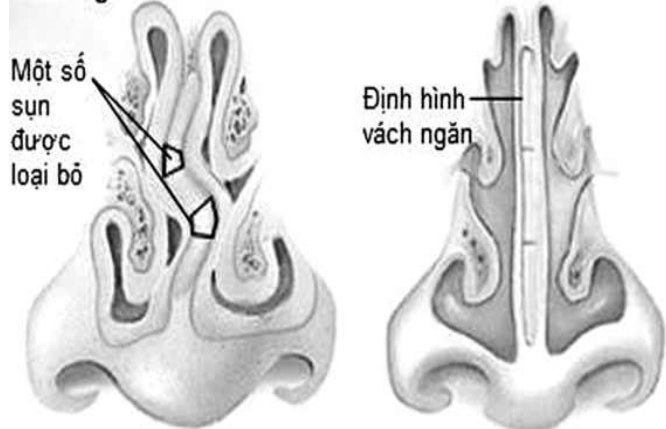
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vách ngăn mũi đóng vai trò quan trọng để đảm bảo vững chắc cho cấu trúc của mũi về thẩm mỹ cũng như sự lưu thông không khí, vận chuyển niêm dịch [1]. Dị hình vách ngăn (DHAVN) là loại dị hình rất phổ biến của hốc mũi. Nguyên nhân gây DHAVN là do bẩm sinh hoặc do chấn thương ngay từ trong bào thai hay do tai nạn trong quá trình phát triển. DHAVN rất đa dạng về hình thái, bao gồm: vẹo, lệch, mào, gai hoặc phối hợp với nhau. Biểu hiện lâm sàng có thể khác nhau ở mỗi người và mức độ dị hình [2],[3]. Hậu quả của DHAVN thường gây ra hẹp hốc mũi bên dị hình, làm thay đổi động học của luồng khí lưu thông, cản trở thông khí; có thể là nguyên nhân hình thành điểm tiếp xúc giữa hai mặt niêm mạc gây đau đầu mạn tính hoặc gây dị ứng thứ phát; có thể là nguyên nhân hoặc là yếu tố thuận lợi trong bệnh viêm mũi xoang, hoặc gây viêm mũi xoang kéo dài. Khi DHAVN gây ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, khứu giác, dẫn lưu xoang... thì mới được xem là DHAVN cần phải điều trị [4].

Hiện nay có rất nhiều phương pháp và kỹ thuật chỉnh hình vách ngăn. Mỗi



Phẫu thuật sửa vách ngăn mũi



HOẠT ĐỘNG KH-CN

phương pháp lại có ưu và nhược điểm riêng. Các kỹ thuật chỉnh hình vách ngăn ngày càng được cải tiến nhằm đạt được mục đích hạn chế tối đa tổn thương về giải phẫu, bảo tồn các chức năng sinh lý của mũi như chức năng thông khí, vận chuyển niêm dịch, cải thiện tình trạng viêm mũi xoang. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài “*Đặc điểm lâm sàng bệnh lý mũi xoang do dị hình vách ngăn và đánh giá kết quả phẫu thuật bước đầu tại khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh*”.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 48 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 1-9/2019.

2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi với quy trình kỹ thuật như sau:

Trước khi phẫu thuật 30 phút, BN được đặt meche mũi tẩm dung dịch Lidocain 10% + Naphazolin vào cả 2 bên mũi. Việc đặt meche mũi có tác dụng làm niêm mạc co lại, giảm thiểu tình trạng chảy máu trong quá trình phẫu thuật và tạo điều kiện thuận lợi cho các thao tác kỹ thuật sau đó.

Gây tê niêm mạc vách ngăn bằng dung dịch Lidocain 2%+ Epinephrine.

Dùng dao lưỡi 11 nhọn rạch niêm mạc vách ngăn dọc theo đỉnh của dị hình vách ngăn từ sau ra trước. Dùng bay bóc tách vạt niêm mạc - màng xương bằng một đoạn meche tẩm adrenalin 0,1% để bộc lộ toàn bộ dị hình, không gây rách niêm mạc vách ngăn. Lấy phần sụn và xương dị hình từ trước ra sau. Phủ lại niêm mạc vách ngăn bằng bay hay ống hút. Kiểm tra hốc mũi, đặt merocel hốc mũi bên phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh lý mũi xoang do dị hình vách ngăn

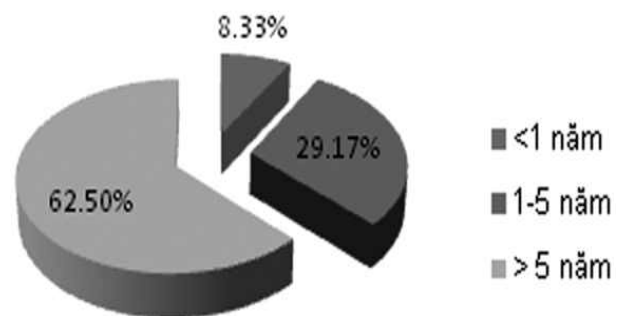
* Triệu chứng cơ năng:

Bảng 1. Đặc điểm triệu chứng cơ năng (n=48)

Triệu chứng	n	%
Ngạt mũi	48	100,0
Chảy mũi	48	100,0
Hắt hơi	38	79,2
Đau đầu	32	66,7
Ngủ kém	7	14,6

Nhận xét: Triệu chứng ngạt mũi và chảy mũi gặp ở 100% bệnh nhân, tỷ lệ BN có hắt hơi là 79,2%, tỷ lệ đau đầu là 66,7%, có 7 trường hợp có biểu hiện ngủ kém chiếm tỷ lệ 14,6%.

Biểu đồ 1. Thời gian ngạt mũi



Nhận xét: Các BN có thời gian ngạt mũi trung bình từ 3 tháng đến 10 năm, trung bình khoảng 6 năm.

Bảng 2. Chỉ số Glatzel trước phẫu thuật

Chỉ số Glatzel	Bên mũi dị hình		Bên mũi không dị hình	
	n	%	n	%
Ngạt nặng (<3cm)	0	0,0	0	0,0
Ngạt vừa (3-<4cm)	2	4,2	0	0,0
Ngạt nhẹ (4-<6cm)	32	66,7	6	12,5
Không ngạt (6-9cm)	14	29,1	42	87,5
N	48	100,0	48	100,0

Nhận xét:

- Bên mũi dị hình trước phẫu thuật: BN có biểu hiện ngạt nhẹ (66,7%), ngạt vừa (4,2%),

không ngạt mũi (29,1%) và không có trường hợp nào ngạt nặng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Bên mũi không dị hình trước phẫu thuật: 87,5% không ngạt ở bên mũi không có dị hình, 6 trường hợp ngạt nhẹ chiếm tỷ lệ 12,5%, không có trường hợp nào ngạt vừa và ngạt nặng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

* Hình thái và vị trí dị hình vách ngăn:

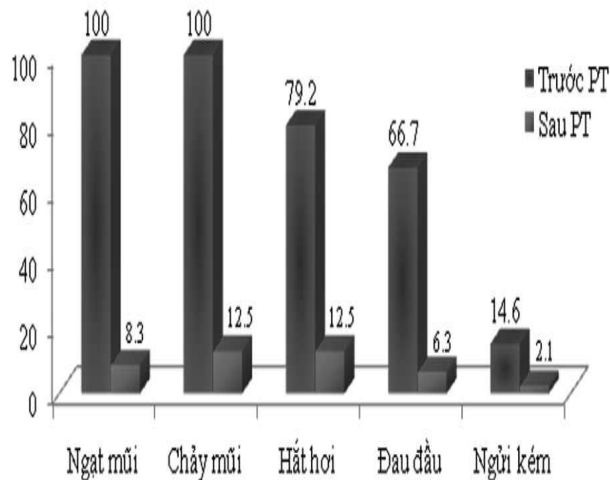
Bảng 3. Các hình thái dị hình vách ngăn

Hình thái DHVN	n	%
Gai vách ngăn	20	35,1
Mào vách ngăn	25	43,9
Lệch vách ngăn	4	7,0
Vẹo vách ngăn	4	7,0
Dày chân vách ngăn	4	7,0

Nhận xét: Mào vách ngăn là dị hình hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 43,9%, gai vách ngăn chiếm tỷ lệ 35,1%, lệch vách ngăn, vẹo vách ngăn và dày chân vách ngăn cùng chiếm tỷ lệ 7,0%.

2. Kết quả sau phẫu thuật 3 tháng

* Triệu chứng cơ năng:



Biểu đồ 2. Các triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật 3 tháng (n=48)

Nhận xét: Sau phẫu thuật, các triệu chứng cơ năng giảm rõ rệt.

Trước phẫu thuật, triệu chứng ngạt mũi gặp ở 100% các BN với các mức độ khác nhau, sau

phẫu thuật 3 tháng chỉ còn 8,3% BN còn ngạt mũi ở mức độ nhẹ.

Trước phẫu thuật, triệu chứng chảy mũi gặp ở 100% các BN, sau phẫu thuật còn 12,5% BN còn ngạt mũi ở mức độ nhẹ.

Triệu chứng hắt hơi trước phẫu thuật gặp 79,2%, sau phẫu thuật còn 12,5%.

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

* Đánh giá kết quả phẫu thuật:

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

Kết quả điều trị	n	%
Tốt	44	91,7
Trung bình	4	8,3
Kém	0	0
N	48	100,0

Nhận xét: Kết quả tốt 91,7%, kết quả trung bình 8,3% và không có kết quả kém. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh lý mũi xoang do dị hình vách ngăn

Các triệu chứng cơ năng thường gặp trong bệnh lý mũi xoang do DHVN bao gồm ngạt mũi, chảy mũi, hắt hơi, giảm ngủ, đau đầu. Trên 1 BN DHVN có thể gặp tất cả các triệu chứng này, nhưng thường là không đầy đủ. Đây cũng là các triệu chứng chính của viêm mũi xoang theo tiêu chuẩn EPOS 2012[5].

Chúng tôi gặp 48/48 trường hợp BN có triệu chứng ngạt mũi trước phẫu thuật. Đây là dấu hiệu hay gặp nhất, cũng là nguyên nhân chủ yếu để BN đòi hỏi thầy thuốc phải phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác như Nguyễn Kim Tôn 98,3% [6], Nguyễn Thái Hùng 100% [7], Syhavong Buaphan 100% [8], Lý Đức Thuận 100% [9].

Chảy mũi là triệu chứng cơ năng thường đi kèm với triệu chứng ngạt mũi trong dị hình vách ngăn. Theo Messerklinger [10], chỉ cần hai lớp niêm mạc phù nề áp sát chạm vào nhau là đã có thể xảy ra rối loạn cục bộ quá trình thanh thải

HOẠT ĐỘNG KH-CN

lông nhày gây nên rối loạn dẫn lưu. Niêm mạc mũi bị kích thích bởi các chất trung gian hóa học là sản phẩm của quá trình viêm làm tăng tiết nhày gây chảy mũi. Triệu chứng chảy mũi gặp trong nghiên cứu là do phản ứng tăng tiết niêm dịch của niêm mạc mũi xoang, kết hợp với sự cản trở và bít tắc trên con đường vận chuyển niêm dịch gây ứ trệ và tạo điều kiện môi trường thuận lợi cho vi khuẩn gây bội nhiễm. Khi chưa có sự tắc nghẽn dẫn lưu nhiều thì chảy dịch nhày đục thường thấy hơn, tương ứng với mức độ ảnh hưởng ít của DHVN đến phức hợp lỗ ngách, chảy dịch mủ vàng, xanh do dịch tiết ứ đọng lâu ngày và bội nhiễm vi khuẩn, thậm chí cả nấm, tương ứng với mức độ ảnh hưởng nhiều của DHVN đến phức hợp lỗ ngách. Chảy mũi nhày trong thường thấy trong bệnh lý dị ứng mũi kết hợp với DHVN. Chúng tôi gặp 100% BN có biểu hiện chảy mũi, chiếm 25% lý do đi khám bệnh. Tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thái Hùng (100%) [7], Syhavong Buaphan (100%) [8]. Triệu chứng chảy mũi có tỷ lệ cao hơn so với nghiên cứu của Cao Minh Thành (35,7%) [2], Klot Sovanara (41,7%) [11].

2. Kết quả sau phẫu thuật 3 tháng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng cơ năng được cải thiện đáng kể. Có 64,58% BN cải thiện tình trạng ngạt mũi ngay từ tuần đầu tiên sau phẫu thuật. Tỷ lệ này tăng lên 81,25% sau phẫu thuật 1 tháng và 91,7% sau phẫu thuật 3 tháng. Kết quả

này tương đồng với 1 số tác giả khác như Nguyễn Kim Tôn (93,2% hết ngạt và 6,8% đỡ ngạt) [6], Nguyễn Thái Hùng (96,9% hết ngạt và 3,1% đỡ ngạt) [7], Syhavong Buaphan (93,3% hết ngạt và 6,7% đỡ ngạt) [8], Lý Đức Thuận (94,7% hết ngạt, 5,3% ngạt nhẹ) [9].

Sau 3 tháng, 87,5% BN hết chảy mũi, 12,5% đỡ chảy mũi. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của các tác giả khác như Nguyễn Kim Tôn (90,9% hết chảy mũi và 9,1% đỡ chảy mũi) [6], Lý Đức Thuận (88,2% hết chảy mũi và 11,8% đỡ chảy mũi) [9], kết quả này cao hơn nghiên cứu của Syhavong Buaphan (70% hết chảy mũi và 30% giảm chảy mũi) [8]. Chúng tôi cho rằng phẫu thuật đã làm cho hốc mũi thông thoáng, giải phóng bít tắc trên con đường vận chuyển niêm dịch mũi, tình trạng phù nề xuất tiết dịch của niêm mạc mũi sẽ hết hoặc giảm dần.

Chúng tôi nhận thấy ngay trong phẫu thuật, sau khi bóc tách niêm mạc, lấy bỏ phần vách ngăn dị hình và phủ lại niêm mạc, BN đã được phục hình vách ngăn thẳng theo đúng giải phẫu,



Phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi cho bệnh nhân

bảo tồn tối đa cấu trúc của vách ngăn. Trong quá trình theo dõi bằng khám nội soi 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật, vách ngăn của BN vẫn giữ vững được phục hình tốt như ngay trong phẫu thuật, không xảy ra lún sập tháp mũi, dính cuốn mũi vào vách ngăn hay thủng vách ngăn. Kết quả này thu được ở 48/48 trường hợp trong nghiên cứu

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Kết luận

Qua nghiên cứu trên 48 BN được phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 01-09/2019, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Triệu chứng cơ năng thường gặp: Ngạt mũi (100%), Chảy mũi (100%), Hắt hơi (79,2%), Đau đầu (66,7%), Ngủ kém (14,6%).

- Chỉ số Glatzel trước phẫu thuật bên dị hình: Chủ yếu là ngạt nhẹ 32/48 BN (66,7%) và ngạt vừa 2/48 BN (4,2%).

- Hình thái dị hình vách ngăn: Gặp chủ yếu là mào (43,9%), gai (35,1%).

- Vị trí dị hình vách ngăn theo Cottle: gặp nhiều ở vùng 4,5 (84,2%).

- Kết quả sau phẫu thuật 3 tháng: Sau phẫu thuật, các triệu chứng cơ năng đều được cải thiện hết hoặc đỡ. Vách ngăn thẳng và phẳng, bảo tồn được tối đa cấu trúc vách ngăn, không có di chứng. Không gặp trường hợp nào tai biến thủng hoặc dính vách ngăn.

2. Khuyến nghị

Mục đích của phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn đó là phục hình giải phẫu vách ngăn, giữ vững cấu trúc, đảm bảo chức năng, hạn chế tối đa tai biến, di chứng nhưng vẫn đảm bảo chất lượng cuộc sống cho người bệnh trong thời gian hậu phẫu và làm giảm hoặc hết các khó chịu do dị hình vách ngăn gây ra. Qua nghiên cứu 48 trường hợp, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn đã làm được điều này và là một kỹ thuật nên được triển khai rộng rãi để nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh./.

Tài liệu tham khảo:

1. Võ Tấn (1994), *Tai Mũi Họng thực hành*, tập I, Nxb Y học, Tp Hồ Chí Minh, 66-67.
2. Cao Minh Thành (2012), *Phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn bằng khoan vi phẫu*, Tạp chí Y học Việt Nam, 391(1),19-22.
3. Elahi M.M. and Frenkiel S. (2000), *Septal deviation and chronic sinus disease*, Am J Rhinol, 14(3), 175-9
4. Nguyễn Tư Thế, Quách Thị Cần, Nguyễn Quốc Dũng (2012), *Lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Đại học Y Dược Huế*, Tạp chí nghiên cứu y học, 79(2), 104-110.
5. Fokkens W.J, Lund V.J, Mullol J et al. (2012), EPOS 2012, *European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012*, A summary for otorhinolaryngologists. Rhinology, 50(1),tr1-12.
6. Nguyễn Kim Tôn (2001), *Nghiên cứu đặc điểm dị hình vách ngăn mũi và đánh giá kết quả phẫu thuật*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Thái Hùng (2009), *Nghiên cứu phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn - cuốn mũi qua nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Shyhavong Buaphan (2011), *Nghiên cứu phẫu thuật cắt cuốn dưới và chỉnh hình vách ngăn dưới niêm mạc - màng xương*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Lý Đức Thuận (2013), *Đánh giá kết quả nội soi chỉnh hình vách ngăn bằng khoan điện*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Messerklinger W (1978), *Endoscopy of the nose*, Urban & Schwazenberg, Baltimore, Munich, 49.
11. Klot Sovanara (2010), *Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi, chụp cắt lớp vi tính của dị hình mũi xoang gây đau nhức sọ mặt mạn tính*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.