

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGẪN MŨI TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN 103

Nghiêm Đức Thuận; Chủ Thị Hồng Ninh**

TÓM TẮT

Nghiên cứu 42 bệnh nhân (BN) dị hình vách ngăn (DHVN) (dạng mào và gai) điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện 103 từ tháng 10 - 2008 đến 10 - 2011. 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%).

* Từ khóa: Dị hình vách ngăn mũi; Phẫu thuật chỉnh hình; Hiệu quả.

EVALUATING EFFICACY OF ENDOSCOPIC SEPTOPLASTY AT ENT DEPARTMENT, 103 HOSPITAL

SUMMARY

42 patients with nasal septal deviations were treated at ENT Department, Hospital 103 (from October, 2008 to October, 2011). The results showed that 61.90% of patients are male. The most popular symptom was getting stuffy in one nostril (69.04%). Endoscopic septoplasty was in short time (15.3 minutes). This surgical method has achieved good results with less bleeding (16.85 ml) and no complications or side effects during the operation.

* *Key words: Nasal septal deviation; Endoscopic septoplasty; Efficacy.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị hình vách ngăn là bệnh tương đối phổ biến trong chuyên khoa tai mũi họng. Theo Guya Settupane, khoảng 20% dân số mắc bệnh này, trong đó 25% phải sửa chữa lại vách ngăn [5, 6]. Vách ngăn mũi chia hốc mũi thành hai phần đối xứng. Khi có dị hình, chức năng mũi bình thường thay đổi. Phần dị hình này có thể gây ra triệu chứng ở người trưởng thành như: ngáy, nhức đầu, chảy mũi, ngạt mũi, hắt hơi, giảm khứu giác, chảy máu mũi.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất đối với DHVN. Cho đến nay, có hai phương pháp phẫu thuật sử dụng: xén vách

ngăn dưới niêm mạc, được Freer mô tả năm 1902, sau đó được Killian và nhiều tác giả khác cải tiến. Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn được Cottle phát triển vào những năm 50. Tuy nhiên, phẫu thuật này có nhiều nhược điểm như thủng niêm mạc vách ngăn. Ngày nay, với sự phát triển của phẫu thuật nội soi (PTNS) mũi xoang, việc chỉnh hình vách ngăn được thực hiện qua nội soi, khắc phục những nhược điểm của phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn kinh điển. Nhưng phương pháp này chỉ chỉ định ở một số loại dị hình như: mào, gai vách ngăn. Nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá hiệu quả của PTNS chỉnh hình vách ngăn mũi.*

* *Bệnh viện 103*

*Phản biện khoa học: GS.TS. Phạm Gia Khánh
GS.TS. Lê Trung Hải*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

42 BN DHVN mũi (dạng mào và gai vách ngăn), điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện 103 từ tháng 10 - 2008 đến 10 - 2011.

2. Phương pháp nghiên cứu.

* *Đặc điểm lâm sàng:*

- Dịch tễ.
- Triệu chứng cơ năng.
- Triệu chứng thực thể (khám nội soi).
- Triệu chứng X quang.
- Phân loại DHVN theo Mladina (1997).

* *Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi qua nội soi:*

- Chỉ định: BN DHVN mũi (dạng mào và gai vách ngăn) ảnh hưởng đến chức năng thở, ngủ, đau đầu, biến chứng viêm mũi xoang.

- Dụng cụ phẫu thuật:

+ Telescope 0⁰, 30⁰ đường kính 4 mm, dài 24 cm.

+ Camera, màn hình 14 inch.

+ Dụng cụ chỉnh hình vách ngăn nội soi: dao lá lúa, bay bóc tách, blakesley thẳng, đục thẳng nhỏ, búa, ống hút nhỏ...

- Chuẩn bị BN: làm các xét nghiệm thường quy, nhịn ăn trước 6 giờ, thử phản ứng thuốc tê và làm tốt công tác tư tưởng để BN yên tâm phẫu thuật...

- Phương pháp vô cảm: tiền mê và gây tê tại chỗ (lidocain 1% + adrenalin 1/100.000) vào ngay trước gai hoặc mào vách ngăn ở 2 bên.

- Kỹ thuật chỉnh hình vách ngăn mũi qua nội soi:

+ Dùng dao lá lúa rạch niêm mạc vách ngăn ngang mức mào và gai vách ngăn theo chiều từ trên xuống dưới, qua niêm mạc và màng xương, sụn.

+ Dùng bay bóc tách niêm mạc và màng xương, sụn của vách ngăn vượt qua mào và gai.

+ Dùng đục phẳng và béc đặt ngay vào trước mào, gai vách ngăn, đục nhẹ nhàng đến khi mào, gai bong ra khỏi vách ngăn.

+ Dùng ống nội soi kiểm tra mặt niêm mạc bên đối diện của vách ngăn để chắc chắn không có thủng niêm mạc.

+ Sau khi đặt niêm mạc về vị trí cũ, đặt miếng merocel áp lên phần vách ngăn vừa được chỉnh hình.

- Chăm sóc BN sau mổ:

+ Cho BN dùng kháng sinh và thuốc giảm đau trong 1 tuần.

+ Rút merocel vào ngày thứ 2.

+ Những ngày sau: đặt thuốc co mạch và thuốc tê tại chỗ, sau đó hút mũi và cho BN rửa mũi, khí dung.

+ Khám lại sau 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

- Đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật qua các chỉ tiêu.

* *Thu thập số liệu, xử lý kết quả:* theo thuật toán thống kê SPSS 14.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Tại Mỹ, tần suất DHVN bẩm sinh được ghi nhận từ 4 - 5% (Podoshin, 1991 và Cottle, 1995). Ở Việt Nam, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào được ghi nhận.

Bảng 1: Tuổi, giới.

Nhóm tuổi	Nam	nữ	%
16 - 30	11	7	42,85
31 - 40	8	6	33,33
41 - 50	4	2	14,28
> 50	3	1	9,52
TS	26 (61,90%)	16 (38,09%)	100

BN chủ yếu ở lứa tuổi từ 16 - 30 (42,85%), phần lớn là nam giới (61,90%). Lứa tuổi này bắt đầu biết quan tâm đến tình trạng sức khỏe, chỉ phát hiện được bệnh khi đi khám (thực ra bệnh đã bị từ lâu).

* *Triệu chứng lâm sàng*: triệu chứng ngạt mũi gây khó chịu nhất cho BN. Chúng tôi gặp 69,04% BN (29 trường hợp), phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác. Ngoài ra, các triệu chứng khác như: đau mũi (17 BN = 40,47%), giảm khứu giác (8 BN = 19,04%) phù hợp với nghiên cứu của Low (1992).

* *Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi phẫu thuật (n = 42)*: < 1 năm: 6 BN (14,28%); 1 - 3 năm: 11 BN (26,19%); 3 - 5 năm: 23 BN (54,76%); > 5 năm: 2 BN (4,76%). BN được phẫu thuật chủ yếu khi xuất hiện triệu chứng > 3 năm.

* *Các bệnh lý mũi xoang kèm theo*:

Nếu DHVN bẩm sinh không được phát hiện sớm, BN dễ mắc một số bệnh lý mũi xoang kèm theo như viêm đa xoang mạn tính (17 BN = 40,47%), ngoài ra còn có sự kết hợp với các bệnh khác như: viêm mũi xuất tiết (5 BN = 11,90%), viêm mũi dị ứng (11 BN = 26,19%)...

* *Phân loại DHVN theo Mladina (1997)*: theo phân loại DHVN (mào và gai), chúng tôi gặp chủ yếu là dạng mào vách ngăn (27 BN = 64,28%); gai vách ngăn (15 BN = 35,71%).

* *Vị trí DHVN*: trước trên (cao): 13 BN (30,95%); trước dưới (thấp): 23 BN (54,96%); phía sau: 6 BN (14,28%). Chúng tôi gặp chủ yếu là dị hình ở vị trí trước dưới (còn gọi là dị hình thấp) (54,76%).

* *Đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật*:

Trong phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn qua nội soi, chúng tôi áp dụng với dạng mào và gai vách ngăn. Qua nội soi gây tê tại chỗ, rạch niêm mạc, bóc tách niêm mạc mũi và màng sụn tại chỗ mào hoặc gai, sau đó, dùng đục nhỏ, đục bẹt phần sụn, xương tạo thành mào hoặc gai, tiếp theo, đắp màng sụn và niêm mạc trở lại, cuối cùng đặt merocel. Với kỹ thuật này, thời gian tương đối ngắn ($15,3 \pm 1,23$ phút), lượng máu mất ít ($16,85 \pm 1,15$ ml), không gặp tai biến trong phẫu thuật. 39 BN (92,85%) đạt kết quả tốt. 3 BN (7,15%) có kết quả trung bình và không có kết quả kém.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 42 BN DHVN mũi (dạng mào và gai) được điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện 103 từ tháng 10 - 2008 đến 10 - 2011, chúng tôi có một số nhận xét:

- Bệnh chủ yếu gặp ở nam giới (61,90%), thường phát hiện ở lứa tuổi 16 - 30 (42,85%).
- Triệu chứng lâm sàng làm BN khó chịu nhất là ngạt mũi (ngạt mũi bên có dị hình).
- Dạng mào vách ngăn chiếm 64,28%, vị trí trước dưới (còn gọi là dị hình thấp) gặp 54,76%.
- Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn qua nội soi có thời gian ngắn (15,3 phút), lượng máu mất ít (16,85 ml), không gặp tai biến trong phẫu thuật và 92,85% đạt kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bệnh học tai mũi họng*. Bộ môn Tai Mũi Họng. Học viện Quân y. NXB Quân đội. 2007.

2. *Phạm Kiên Hữu*. Chỉnh hình vách ngăn dưới niêm mạc qua nội soi. Nhân 86 trường hợp tại Bệnh viện Nhân dân Gia định. Y học TP. Hồ Chí Minh. 2004, tập 8 (1), tr.28-31.

3. *Lê Văn Lợi*. Phẫu thuật vẹo vách ngăn mũi. Các phẫu thuật thông thường tai mũi họng

(các phẫu thuật mũi xoang). Nhà xuất bản

Y học. 1994, tr.24-44.

4. *Võ Tấn*. Tai mũi họng thực hành. NXB

Y học. 1984.

5. *Nguyễn Tư Thế*. Nghiên cứu dịch tễ và đặc điểm lâm sàng bệnh lý vẹo vách ngăn vào khám và điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện TW Huế. Nội san Đại hội lần thứ XI Hội Tai Mũi Họng Việt Nam. 2004, tr.81-88.

6. *Bernstein L*. Submucous operations on the nasal septum. *Otolaryngeal Clin North Am*. 1973, 6, p.675.

7. *Haraldsson PO, Nordemar H, Anggard A*. Long-term results after septal surgery-submucous resection versus septoplasty. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 1987, 49, p.218.

8. *Samad I, Stevens HE, Maloney A*. The efficacy of nasal septal surgery. *Otorhinolaryngol*. 1992, 21, p.88.