

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM MŨI MẠN TÍNH QUÁ PHÁT BẰNG DAO ĐIỆN MỘT CHIỀU TẠI HẢI PHÒNG 2006-2009

VŨ VĂN SÂN, ĐOÀN THỊ HỒNG HOA,  
ĐOÀN THỊ NGUYỆT ANH

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi mạn tính (VMMT) quá phát hay VMMT phì đại cuốn dưới là bệnh gặp phổ biến trong cộng đồng hiện nay. Nó là hậu quả của các dạng viêm mũi dị ứng và viêm mũi vận mạch do không được điều trị hoặc điều trị không đúng cách. Đặc biệt khoảng vài thập kỷ gần đây, việc lạm dụng thuốc nhỏ mũi có hoạt chất imidazoline mà trên thị trường có các biệt dược như Naphasoline, Otrivine, Xylomethasoline, Oxymethasoline (Coldi, Coldi B), Privin, Pyvalon... đã gây tác hại nhiều cho cuốn mũi dưới, làm các cuốn dưới này nhanh chóng phì đại về kích cỡ.

Các nghiên cứu khác nhau của nhiều tác giả trong và ngoài nước đã đưa ra nhận định rằng dẫn chất imidazoline tác động lên các receptor quanh các hồ máu của cuốn dưới làm cho các hồ máu này co thắt lại. Máu được tản đi và làm mũi thông thoáng nhanh chóng. Bệnh nhân hết ngạt mũi. Nhưng khi sử dụng nhiều lần, dẫn chất này nhanh chóng làm các receptor mệt mỏi. Chúng trở nên trở dẫn, hồ máu không co thắt nữa. Đồng thời dẫn chất này còn phối hợp với quá trình phù viêm làm tăng sinh tổ chức liên kết quanh các hồ máu. Hậu quả là cuốn mũi dưới trở nên phì đại, xơ hoá. Các thuốc nhỏ mũi hoặc thuốc uống đều mất tác dụng. Bệnh nhân bị ngạt mũi thường xuyên.

Để làm mũi thở thông trở lại, nhiều biện pháp thủ

thuật đã được các bác sỹ chuyên ngành áp dụng như cắt bỏ một phần hoặc toàn phần cuốn dưới, phẫu thuật chỉnh hình xương cuốn dưới, bẻ gấp ép cuốn dưới vào vách mũi xoang, laser, đông điện cuốn dưới. Tuy kết quả thành công ở các mức độ khác nhau, nhưng nói chung các thủ thuật đều rườm rà phức tạp, gây chảy máu hoặc đau đớn nhiều cho bệnh nhân.

Chúng tôi đã dùng một thủ thuật đơn giản song rất hiệu quả để thay thế các biện pháp nói trên, đó là phương pháp đốt cắt bán phần cuốn dưới bằng dao điện một chiều (galvanic).

Thủ thuật được chúng tôi áp dụng từ nhiều năm nay trên địa bàn Hải phòng và các tỉnh lân cận, mang lại hiệu quả rất cao. Song do các điều kiện khách quan, chúng tôi chỉ bắt đầu thu thập số lượng b/n nghiên cứu trong 4 năm gần đây.

Chúng tôi tiến hành đề tài với mục đích:

1. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng chủ yếu của bệnh Viêm mũi mạn tính quá phát cuốn dưới.
2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh VMMT quá phát cuốn dưới bằng dao điện một chiều trong 4 năm (2006-2009) tại Hải phòng.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng:

380 ca viêm mũi quá phát cuốn dưới đã được khám, chẩn đoán xác định và được chọn điều trị bằng cô-te điện trong 4 năm tại Viện Y học biển và

Bệnh viện Đại học Y Hải phòng. 40 ca điều trị nội khoa làm nhóm chứng.

## 2. Phương pháp:

Chúng tôi áp dụng phương pháp nghiên cứu thuần tập. So sánh kết quả trước và sau điều trị từng ca để đánh giá kết quả của phương pháp điều trị. Kết hợp nghiên cứu cắt ngang để khảo sát triệu chứng lâm sàng của bệnh.

Sử dụng toán thống kê trong so sánh các kết quả thu được

- Địa điểm: Viện Y học biển và bệnh viện Đại học Y Hải phòng

- Thời gian: Từ 2006 đến 2009

### 2.1. Chọn bệnh nhân:

Các bệnh nhân đến khám tại các địa điểm trên được khai thác kỹ tiền sử bệnh, quá trình điều trị trước đó, khai thác triệu chứng cơ năng, thực thể, làm các xét nghiệm cần thiết...

Sau khi được khám và chẩn đoán xác định, chọn những bệnh nhân đủ điều kiện cho chỉ định thủ thuật đốt cắt cuốn mũi dưới. (Đã loại trừ các chống chỉ định). Đồng thời chọn cùng trong số bệnh nhân đó một nhóm chứng chỉ điều trị nội khoa.

### 2.2. Tiến hành thủ thuật:

- Chuẩn bị hốc mũi trước thủ thuật.  
- Tiến hành đốt cắt cuốn dưới bằng dao điện một chiều.

- Thuốc dùng sau cắt 1 đợt 7 ngày.

- Sau 7 ngày tiến hành bóc bỏ phần cuốn đã đốt cắt.

### 2.3. Khám lại và đánh giá kết quả sau điều trị:

Các bệnh nhân sẽ được khám và đánh giá kết quả sau 2 đến 4 tuần

Nghiên cứu so sánh các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Nam	Nữ	Tổng
N	214	166	380
%	56.3	43.7	100

Nhận xét: Số liệu sơ bộ cho thấy bệnh gặp ở cả 2 giới tương đương như nhau. Nhìn chung các bệnh nhiễm khuẩn hoặc dị ứng trong một cộng đồng hiếm khi có biểu hiện liên quan đến giới tính.

### 2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Độ tuổi	< 20	20- 29	30- 39	40- 49	50- 59	60->
n	53	97	78	65	42	45
%	13.95	25.53	20.53	17.10	11.05	11.84

Nhận xét: Bệnh gặp nhiều hơn ở lứa tuổi thanh niên và trung niên (từ 20 đến 50). Nhóm tuổi < 10 không được tính ở đây vì không nằm trong chỉ định điều trị của chúng tôi. Nhóm cao tuổi gặp ít hơn có lẽ do 2 lý do chính: bệnh nhân cam chịu ngạt mũi không chịu đi khám bệnh, và ít khi dùng thuốc nhỏ mũi.

### 3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.

Nghề	Viên chức	Công nhân	Nông dân	Nội trợ	Học sinh
n	92	80	54	73	81
%	24.21	21.05	14.21	19.21	21.32

Bệnh phân bố khá đều đối với mọi b/n với nghề

nh nghiệp khác nhau. Bệnh nhân là nông dân gặp ít hơn chủ yếu do chưa có điều kiện đi khám chữa bệnh. Mặt khác, người nông thôn không có thói quen tự đi mua thuốc điều trị như người thành thị, họ không thể lạm dụng thuốc nên ít có hậu quả VMĐT phi đại hơn.

### 4. Dùng thuốc uống để điều trị

P.Pháp dùng thuốc	Không dùng	Ít khi dùng	Thường xuyên dùng	Tổng
n	187	152	41	380
%	49.21	40.00	10.79	100

Nhận xét: Trong số các bệnh nhân được chọn, chúng tôi thấy những ca thường xuyên có dùng thuốc uống chiếm tỷ lệ thấp nhất, Nghĩa là dùng thuốc uống kịp thời trong các đợt viêm mũi sẽ ít khi dẫn đến hậu quả VMĐT phi đại. Các ca không dùng thuốc uống điều trị thường nhanh chóng dẫn tới VMĐT phi đại và vì vậy tỷ lệ gặp tại phòng khám sẽ cao hơn.

### 5. Dùng thuốc nhỏ mũi để điều trị

P.Pháp dùng thuốc	Không dùng	Ít khi dùng	Thường xuyên dùng	Tổng
n	21	72	287	380
%	5.52	18.95	75.53	100

Nhận xét: Trong tổng số 380 bệnh nhân, có tới 287 ca thừa nhận thường xuyên dùng thuốc nhỏ mũi, chiếm 75,53%. Số không dùng nhỏ mũi chỉ chiếm 5,52%. Tỷ lệ này góp phần khẳng định tác hại của việc dùng thuốc nhỏ mũi thường xuyên. Qua điều tra sơ bộ, những b/n dùng các dạng thuốc nhỏ mũi trên chỉ sau 2 tuần liên tục là đã có biểu hiện ngạt mũi thường xuyên

### 6. Triệu chứng cơ năng

Tr/c	Ngạt mũi	Chảy mũi trong	Đau tức trong mũi	Hắt hơi	Ngứa mũi	Khịt khạc nhầy
n	380	257	291	104	128	315
%	100.0	67.63	76.58	27.37	33.78	82.89

Nhận xét: Đối với VMĐT quá phát, ngạt mũi là nguyên nhân trước tiên dẫn bệnh nhân đi khám bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số b/n ngạt mũi là 100%, trong đó một số trường hợp ngạt chủ yếu về đêm khi nằm ngủ, còn lại phần lớn ngạt thường xuyên cả ngày lẫn đêm. Biểu hiện khịt khạc nhầy mũi cũng chiếm tỷ lệ rất cao: 82,89%. Biểu hiện ngứa mũi và hắt hơi chiếm tỷ lệ thấp và thường là ở b/n có cả biểu hiện của VM dị ứng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã loại trừ tất cả các trường hợp ngạt mũi do polyp mũi-xoang.

### 7. Triệu chứng thực thể (Cuốn dưới quá phát)

Tr/c	N/mạc nhợt nhạt	N/mạc đỏ tím	N/m sùi gồ ghề	Thoái hoá đuôi cuốn dưới	Tổng
n	89	105	186	227	380
%	23.42	27.63	48.95	59.73	

Nhận xét: Khi khám không chuẩn bị, tất cả các ca đều có tình trạng cuốn dưới phình to sát vách ngăn. Ở đây chúng tôi chỉ đánh giá các biểu hiện về màu sắc và hình thái niêm mạc. Kết quả cho thấy chủ yếu gặp dạng thoái hoá đuôi cuốn và niêm mạc xù xì giống như quả dâu chín. Đây là điểm khác biệt cần

lưu ý khi so sánh với niêm mạc của VM dị ứng (nhấn và nhọt nhọt) và VM vận mạch (nhấn và đỏ, tím).

### 8. Triệu chứng lâm sàng sau thủ thuật (Đánh giá sau điều trị 4 tuần)

Tr/c	Ngạt mũi	Chảy mũi trong	Đau tức trong mũi	Khịt khạc nhầy	Niêm mạc hồng, nhẵn
n	32/380	61/380	48/380	116/380	324/380
%	8.42	16.05	12.63	30.52	85.26

Nhận xét: Số b/n ngạt mũi chỉ còn 8,42% và phần lớn b/n có niêm mạc mũi trở lại hồng hào như bình thường (85,26%).

### 9. So sánh một số tr/c lâm sàng trước và sau thủ thuật.

Tr/c	Ngạt mũi		Chảy mũi trong		Đau tức trong mũi		Khịt khạc nhầy	
	Trước c đ/trị	Sau đ/trị	Trước c đ/trị	Sau đ/trị	Trước c đ/trị	Sau đ/trị	Trước c đ/trị	Sau đ/trị
n	380 /380	32 /380	257 /380	61 /380	291 /380	48 /380	315 /380	116 /380
%	100.0	8.42	67.6	16.0	76.5	12.6	82.8	30.5
p	<0.01		<0.01		<0.01		<0.01	

Nhận xét: Bảng trên cho thấy sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng trước và sau điều trị. Đặc biệt là biểu hiện ngạt mũi gần như hết hẳn. một tỷ lệ nhỏ 8,42% vẫn biểu hiện ngạt mũi do còn tồn trạng viêm nhiễm phụ nề sau thủ thuật. Sự thụng thoáng của hốc mũi cũng đồng thời làm tình trạng đau tức trong mũi giảm hẳn.

Các triệu chứng lổm sàng sau điều trị thường được chúng tôi đánh giá lại sau 1 tháng là khoảng thời gian các vùng niêm mạc tổn thương đó hồi phục hẳn, sau 6 tháng để kiểm tra khả năng tái phát. Hầu hết các trường hợp đều ổn định hẳn không ngạt tái phát. Ngoại trừ một số ít trường hợp bị sổ mũi cấp do virus do tự động mua thuốc nhỏ mũi có dẫn chất imidazoline là đang có hiện tượng cương tụ phụ nề trở lại.

### 10. Đánh giá tai biến trong và sau thủ thuật.

Tai biến	Choáng	Chảy máu mũi	Nhiễm trùng	Tổng
n	6/380	9/380	0/380	15/380
%	1,57	2,36	0	3,94

Nhận xét: Số b/n có tai biến gặp không đáng kể và chỉ là những tai biến nhẹ. Có 6 ca choáng do tâm lý và thuốc tở đặt ở n/m mũi (!.57%) chỉ toàn là nam

giới. Cú lệ phụ nữ cú tởm lý vững hơn. Có 9 ca rĩ máu ít sau đốt cắt. Đặt bông thấm ephedrine sau 5-10 phút đều ổn định. Không có nhiễm trùng hậu phẫu. Toàn bộ những số liệu trên đây cho thấy sự đơn giản và an toàn của thủ thuật này.

### KẾT LUẬN

1: Những biểu hiện chính của VMMT phở đại cuốn dưới:

- Ngạt mũi thường xuyên: 100%
- Cảm giác căng nhức trong mũi: 76.58%
- Khịt khạc nhầy mũi xuống họng: 82.89%
- Niêm mạc cuốn dưới quá phát, xù xơ: 48.95%
- Thoái hoá đũi cuốn dưới 59.73%

2: Thủ thuật đốt cắt cuốn dưới bằng dao điện một chiều là thủ thuật đơn giản, dễ thực hiện, hiệu quả rất cao mà ít có tai biến, giải quyết triệt để tình trạng quá phồng cuốn dưới.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A.D.Ado (1986), Dị ứng học đại cương, (Dịch giả tiếng Việt: Nguyễn Năng An) Nhà xuất bản MIR-Maxcova.
2. Nguyễn Đình Bảng (1990), *Viêm mũi dị ứng*, NXB Thanh phố Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.
3. Bộ môn dị ứng (1998), *Chuyên đề dị ứng học*, Tập I, NXB Y học, Hà Nội.
4. Bộ môn sinh lý bệnh Trường Đại học Y Hà nội (1997), *Miễn dịch học*, NXB Y học, Hà Nội.
5. Lương Sỹ Cần (1995), *Viêm mũi xoang dị ứng*, Tập bài giảng Tai Mũi Họng, Hà Nội.
6. Nguyễn Văn Hương, Huỳnh Mai Phương (1991), *"Nghiệm pháp kích thích niêm mạc mũi trong chẩn đoán viêm mũi vận mạch và viêm mũi dị ứng"*, Nội san TMH, Hà nội, tr.158-161
7. Ngô Ngọc Liên (1997), *Giải yếu tai mũi họng*, Tập 2, *Mũi xoang*, NXB Y học, Hà Nội
8. Lê Văn Phú, Lê Tú Anh (2000), *Viêm mũi dị ứng* (Bản dịch từ sách của Peter.B. Boggs) NXB Y Học, Hà Nội.
9. Vũ Sản (1993), *Cẩm nang Tai Mũi Họng*, (Bản dịch từ sách của Likhachep A.G.), NXB Y Học, Hà Nội.
10. Eccles-R., Rhinomanometry and nasal challenge. *Rhinitis- Mechanisms and management*, Br.Library Cataloging Publication Data. 189 Royal Society of Med. Service limited, pp.53-67.
11. Heinrich-J.; Nowak-D.; Wasser-G.; Jorres-R.; Berger-J.; Magnussen-H.; Wichmann-H.E. (1998), *Age-dependent differences in the prevalence of allergic rhinitis and atopic sensitization between an eastern and western German city*, *Allergy*. Jan. 53, pp.89-93.