

Kỹ thuật tạo dính chủ động cuốn giữa-vách ngăn trong phẫu thuật nội soi Chức năng mũi-xoang

Võ Thanh Quang*

TÓM TẮT

84 bệnh nhân (BN) viêm đa xoang mạn tính được mổ nội soi chức năng mũi-xoang, trong đó 162 bên phẫu thuật sử dụng kỹ thuật tạo dính chủ động. Kết quả: 83,95% do mảnh nền cuốn giữa bị phá trong mổ, 11,7% do can thiệp vào cuốn giữa và 4,3% do có vẹo vách ngăn. 93,21% đạt kết quả dính tốt, ngách giữa rộng thoáng. Kỹ thuật này đem lại hiệu quả tốt đối với phẫu thuật nội soi mũi xoang khi có nguy cơ dính ngách giữa sau phẫu thuật.

* Từ khóa: Phẫu thuật nội soi chức năng mũi-xoang; Cuốn giữa; Dính cuốn giữa-vách ngăn.

The Controlled Middle Turbinate-Septum Synechia in Functional Endoscopic Sinus Surgery

SUMMARY

The controlled middle turbinate-septum synechia was performed in 84 sinusitis patients (162 operations) treated by functional endoscopic sinus surgery (FESS). The technique were used to avoid the lateralization of the middle turbinate after surgery. Results: 83.95% were indicated due to the basal lamella destroyed during the operations, 11.7% due to a middle turbinectomy, 93.21% have good result (large ostio-meatal complex post-operation). The indications, technique, results also advantages and inconveniences of the technique were discribed and disscused.

* *Key words: Functional endoscopic sinus surgery; Middle turbinate; Middle turbinate-septum synechiea.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong phẫu thuật nội soi (PTNS) chức năng mũi-xoang, tất cả các tác giả đều thống nhất vai trò quan trọng của cuốn mũi giữa, đây không chỉ là mốc giải phẫu cơ bản cho phẫu thuật mà còn là yếu tố ảnh hưởng rất lớn đến sinh lý hô hấp và dẫn lưu của hốc mũi-xoang. Tuy việc cắt bỏ cuốn mũi giữa (một phần hoặc toàn bộ) đã được một số tác giả đề cập đến và sử dụng trong những tình huống nhất định, nhưng hầu hết

đều cho rằng cần thiết phải giữ lại cuốn mũi giữa nếu không có những chỉ định cắt bỏ tuyệt đối [2, 4, 5]. Trong PTNS chức năng mũi-xoang, đặc biệt là phẫu thuật mở xoang sàng trước-sau và phẫu thuật mở bướm-sàng, do đường mổ đi xuyên qua mảnh nền xương cuốn giữa (basal lamella) làm cho cuốn mũi giữa bị mất đi chân bám ngang và rơi vào trạng thái “đung đưa”, rất dễ bị dính ra phía ngoài vào vùng phức hợp lỗ-ngách, gây bít lấp đường dẫn lưu của các xoang. Đây là một trong những nguyên chính dẫn đến

* Bệnh viện Tai-Mũi-Họng TW

Phản biện khoa học: TS. Nghiêm Đức Thuận

thất bại của phẫu thuật, các đường dẫn lưu xoang bị bịt tắc làm tái phát viêm xoang. Để giải quyết khó khăn này, năm 1999, William Bolger đã đề xuất kỹ thuật “tạo dính chủ động cuốn giữa-vách ngăn” trong PTNS chức năng mũi-xoang (còn gọi là kỹ thuật Bolger).

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định chỉ định và đánh giá hiệu quả của kỹ thuật này cũng như vai trò của nó trong điều trị viêm đa xoang mạn tính bằng phẫu thuật nội soi chức năng mũi-xoang.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

84 BN, gồm 162 bên xoang, được mổ nội soi mũi-xoang và sử dụng kỹ thuật tạo dính chủ động tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ 2005 đến 2009.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- BN người lớn (> 16 tuổi).
- BN bị viêm đa xoang mạn tính, có chỉ định mổ nội soi xoang.
- Trong quá trình phẫu thuật, tiến hành kỹ thuật tạo dính chủ động cuốn giữa-vách ngăn.
- Khám và theo dõi ít nhất 1 lần sau mổ từ 2 tuần đến 6 tháng.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN < 16 tuổi.
- BN không trở lại khám sau phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, lâm sàng mô tả có can thiệp.

BN có chỉ định điều trị ngoại khoa viêm (đa) xoang mạn tính và PTNS mở ngách giữa, mở hàm-sàng toàn bộ (phẫu thuật Messerklinger đầy đủ) hoặc mở hàm-sàng-bướm (phẫu thuật Wigand) bảo tồn cuốn giữa.

* *Kỹ thuật Bolger được sử dụng trong những trường hợp sau:*

- Cuốn giữa sau phẫu thuật trở nên không ổn định do đã bị lấy đi mảnh nền nên luôn có xu hướng tự ép ra phía ngoài vào vùng ngách giữa và phức hợp lỗ-ngách.

- Bắt buộc phải can thiệp vào cuốn giữa do bệnh lý: concha bullosa, thoái hoá polyp niêm mạc đầu cuốn giữa, dị hình mỏm móc, bóng sàng, dị hình vùng phức hợp lỗ-ngách... phải tiến hành lấy bỏ phần ngoài cuốn và mảnh nền.

- Có vẹo vách ngăn ngang tâm cuốn giữa nhưng chưa đến mức phải chỉ định mổ chỉnh hình vách ngăn kết hợp, làm cho cuốn giữa luôn có xu hướng bị đẩy ra phía ngoài, bịt vào vùng phức hợp lỗ-ngách.

* *Cách thức tiến hành:*

- Sau khi hoàn thành PTNS, dùng hummer hoặc dao lá lúa và kim đột Blakesley lấy bỏ một khoảng niêm mạc ở mặt trong đầu cuốn mũi giữa, diện tích mỗi chiều chừng 5 mm.

- Tiếp tục lấy bỏ một phần niêm mạc ở vị trí tương ứng trên vách ngăn. Chú ý không tiêm thấm lidocain, chỉ lấy niêm mạc, không lấy màng sụn và không làm lộ sụn vách ngăn để tránh nguy cơ nhiễm trùng.

- Đặt vào ngách giữa 1 miếng merocel chèn cuốn giữa vào phía trong, sao cho 2 chỗ đã lấy bỏ niêm mạc của vách ngăn và cuốn giữa áp sát vào nhau nhằm tạo dính sau mổ, điểm dính này có thể được cắt bỏ để giải phóng hốc mũi hoặc không tùy vào kết quả kiểm tra đánh giá sau mổ.

- Lưu merocel 48 giờ.

- Chăm sóc sau mổ như quy trình đối với PTNS thông thường, chú ý không can thiệp vào vùng tạo dính, chỉ làm thuốc và bơm rửa ngách giữa và hốc mũi sàng-hàm. Trường hợp có mổ xoang trán kèm theo, đặc biệt chú ý đầu dưới phễu trán vì chỗ tạo dính nếu thực hiện quá rộng về phía trên có thể ảnh hưởng đến vùng này, làm tắc ống trán mũi, gây tái phát viêm xoang trán.

* *Đánh giá kết quả sau mổ:*

- Chúng tôi không có điều kiện theo dõi tất cả BN trên theo định kỳ như nhau, vì thế việc đánh giá kết quả thực hiện vào thời điểm khi BN đến khám kiểm tra lại từ 2 tuần đến 6 tháng sau mổ. Khám nội soi mũi, đánh giá sự tạo dính cuốn giữa-vách ngăn và hốc mũi nói chung, đặc biệt là độ thông thoáng của ngách giữa, phức hợp lỗ-ngách, các đường dẫn lưu xoang sau khi tạo dính. Kỹ thuật phải đạt được 2 yêu cầu sau:

+ Giữ được cuốn giữa không bị ép dính ra phía ngoài, vùng phức hợp lỗ-ngách và các đường dẫn lưu xoang sàng-hàm, xoang trán phải thông thoáng.

+ Hốc mũi và đường thở không bị ảnh hưởng bởi chỗ tạo dính, nhất là về các dấu hiệu cơ năng.

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm BN.

84 BN, 47 nam (56%) và 37 nữ (44%). Tuổi trung bình 36 tuổi. BN lớn tuổi nhất 62 tuổi, nhỏ nhất 17 tuổi, bao gồm 162 bên xoang bị bệnh được phẫu thuật.

2. Chẩn đoán trước mổ.

Viêm xoang hàm đơn thuần: 16 bên xoang (9,87%); viêm xoang sàng-hàm: 95 bên (58,64%); viêm xoang sàng-hàm-bướm: 27 bên (16,67%); viêm liên xoang: 24 bên (14,81%).

Phần lớn BN được chẩn đoán viêm xoang và phẫu thuật viêm xoang sàng (146 bên xoang được mổ, 90,12%), những BN này cần thiết phải điều trị ngoại khoa mổ xoang sàng bán phần (mở sàng trước) hoặc toàn phần (mở cả sàng trước và sau). Chỉ có 16 bên xoang mổ tiến hành kỹ thuật Bolger mà chỉ bị viêm xoang hàm đơn thuần (+/- polyp ngách giữa).

3. Phẫu thuật.

Các loại phẫu thuật nội soi được thực hiện (*Tính theo số bên xoang được mổ*): mở ngách giữa: 16 (9,87%); mở hàm-sàng bán phần: 24 (14,81%); mở hàm-sàng toàn phần: 71 (43,84%); mở hàm-sàng-bướm: 27 (16,67%); mở hàm-sàng-bướm-trán: 24 (14,81%).

Phần lớn chỉ định kỹ thuật cho những trường hợp phẫu thuật có mổ xoang sàng toàn phần, tức là mổ xuyên qua mảnh nền (122 bên = 75,3%). Tuy nhiên, 24 bên mổ trong mổ

hàm-sàng trước cũng thực hiện theo kỹ thuật này (14,81%). 10 BN (16 bên mổ) thực hiện kỹ thuật do các nguyên nhân khác.

4. Chỉ định và số lượng kỹ thuật.

Do mảnh nền bị phá khi mổ: 136 (83,95%); do can thiệp vào đầu cuốn giữa: 19 (11,73%); do vẹo vách ngăn: 7 (4,32%) (tính theo số kỹ thuật thực hiện).

Chỉ định thường gặp nhất là do basal lamella bị phá khi thực hiện mổ xoang sàng toàn phần: 136 bên phẫu thuật (83,95%), các trường hợp chỉ định thuộc về cuốn giữa như chỉnh hình cuốn giữa trong trường hợp concha bullosa là 19 (11,7%) và vách ngăn do vẹo vách ngăn mũi (7 BN = 4,3%).

5. Kết quả.

Bảng 1: Kết quả tạo dính chủ động cuốn giữa-vách ngăn và thông thoáng của ngách giữa.

CUỐN GIỮ-		VÁCH NGĂN		TÌNH TRẠNG	
Dính	tốt	Không	dính	Thông thoáng	Có bị dính-hẹp
158	(97,53%)	4	(2,47%)	151	(93,21%)
					11
					(6,79)

Đã tạo được dính cuốn giữa-vách ngăn tốt ở 158 bên phẫu thuật, 4 trường hợp không tạo được dính theo mong muốn. Tuy nhiên, khi khám nội soi kiểm tra sau mổ, trong số 158 bên phẫu thuật, chỉ có 151 bên phẫu thuật có ngách giữa thông thoáng, đảm bảo dẫn lưu theo yêu cầu của phẫu thuật, số còn lại (7 bên mổ), tuy đã tạo được dính chủ động cuốn giữa-vách ngăn tốt nhưng ngách giữa vẫn bị dính và hẹp do nhiều nguyên nhân khác nhau. Chúng tôi coi những bên mổ này cùng với 4 bên không tạo được dính là thất bại của kỹ thuật (6,79%).

BÀN LUẬN

Tất cả BN trong nghiên cứu đều là người lớn (> 16 tuổi), sở dĩ chúng tôi không chọn trẻ em vào nghiên cứu vì hốc mũi trẻ em còn hẹp, việc tạo dính trong mũi có nhiều khả năng gây ảnh hưởng khác không tốt cho hô hấp của trẻ. Việc chăm sóc và can thiệp sau mổ (nếu cần thiết ở trẻ em) cũng khó khăn hơn ở người lớn và có thể làm ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Giới tính của người bệnh không ảnh hưởng đến chỉ định kỹ thuật.

Về chẩn đoán viêm xoang và chỉ định phẫu thuật: > 90% bên phẫu thuật đều bị bệnh có liên quan đến xoang sàng, vì xoang sàng nằm ở vị trí trung tâm của vùng phức hợp lỗ-ngách và các hệ thống xoang, khi phẫu thuật phần lớn đều mổ từ xoang sàng và phát triển ra các xoang xung quanh. Phẫu thuật xoang sàng từ trước ra sau hoặc từ sau ra trước đều phải phá vỡ và đi qua mảnh nền xương cuốn giữa, mảnh nền chính là cấu trúc giữ cho cuốn mũi giữa chắc chắn, không bị di lệch sang 2 bên, khi không có nó, cuốn giữa trở nên không ổn định, thường xuyên có xu hướng lệch ra phía ngoài, gây dính vào hốc mổ và phức hợp lỗ-ngách, làm bịt tắc các đường dẫn lưu xoang và phẫu thuật nội soi thất bại, dễ có tái phát [2, 3].

Trong phẫu thuật, sau khi mở xoang sàng trước qua bóng sàng, chúng tôi tiến hành xác định và phá xuyên qua mảnh nền, qua đó cuốn giữa trở nên không chắc chắn và rất dễ di động sang 2 bên, đặc biệt là ra phía ngoài. Động tác mổ sau đó phải dùng bay Freer đẩy cuốn giữa trở lại phía trong rồi mới đưa ống nội soi vào ngách giữa được, gây nguy cơ dính ngược cuốn giữa ra phía ngoài sau mổ rất lớn. Trong nghiên cứu này, 136 bên phẫu thuật phải phá xuyên mảnh nền trong mổ (84%), trong đó, mổ sàng hàm toàn phần là 122 bên phẫu thuật, 14 bên mổ tuy không phải mổ sàng toàn bộ nhưng cuốn giữa vẫn có xu hướng lệch ra ngoài nên chúng tôi cũng tiến hành tạo dính.

Đối với trường hợp concha bullosa hoặc niêm mạc đầu cuốn giữa thoái hoá polyp, phần lớn cắt bỏ đầu cuốn để giải phóng ngách giữa. Kỹ thuật Bolger chỉ được dùng khi thực hiện cắt bán phần ngoài đầu cuốn để loại bỏ concha bullosa hoặc lấy polyp vì nguy cơ dính do tổn thương mặt ngoài cuốn.

Với việc lưu merocel 48 giờ, sau phẫu thuật đã tạo được dính theo mong muốn ở 158 bên phẫu thuật, 4 bên không tạo được dính. Với các tác giả khác, có nhiều ý kiến khác nhau về thời gian này. Kennedy rút sau 24 giờ, trái lại Kuhn không những lưu merocel 96 giờ sau hút máu đọng, làm sạch hốc mổ còn tiếp tục đặt bổ sung một mảnh merocel khác trong 7 ngày tiếp theo.

Chúng tôi thiên về ý kiến của Bolger [2], rút merocel sau 48 giờ đủ để tạo dính theo mong muốn. Vấn đề là, trong quá trình săn sóc hậu phẫu, phải chú ý bảo tồn chỗ dính, chỉ thao tác hút rửa ở phía ngoài cuốn giữa. Thời gian đủ ổn định chỗ dính khoảng 7 - 10 ngày.

151/158 bên phẫu thuật, sau khi tạo được dính cuốn giữa-vách ngăn, đã đảm bảo ngách giữa thông thoáng, không bị dính.

Một số tác giả khuyên sau khi ngách giữa và hốc mổ đã ổn định (khoảng 2 - 3 tháng sau mổ), nên cắt giải phóng chỗ dính, trả lại giải phẫu và cả sinh lý tự nhiên cho hốc mũi. Chúng tôi chỉ thực hiện cách này cho một số ít BN nên không có nhận định gì. Tuy nhiên, chính Bolger [2] sau một thời gian thực hiện thủ thuật giải phóng chỗ dính cũng có nhận xét: việc làm này không thật sự cần thiết. Mặt khác, Lebowitz và CS [5] tại Bệnh viện Đại học Tổng hợp New York, từ 1998 - 2000 đã thực hiện 75 trường hợp cố định vĩnh viễn cuốn giữa-vách ngăn bằng các mũi chỉ không tiêu khâu từ cuốn giữa 2 bên xuyên qua vách ngăn nhằm chống dính cuốn giữa ra phía ngoài cũng đạt kết quả tốt và không có biến chứng hay hậu quả gì.

Bhalla và Carpentier [1] cũng sử dụng phương pháp khâu xuyên sụn để cố định cuốn mũi giữa vào vách ngăn sau phẫu thuật u tuyến yên bằng đường nội soi qua hốc mũi-xoang, kết quả đã loại trừ được hoàn toàn hiện tượng dính bịt phức hợp lỗ-ngách mà không có hậu quả gì.

Với 11 bên phẫu thuật thất bại (6,8%), cuốn giữa vẫn bị dính ra phía ngoài, trong đó 4 bên không tạo được dính do thời gian đầu mới thực hiện kỹ thuật, tiêm thấm dung dịch lidocaine 3 - 6% vào dưới niêm mạc vách ngăn nên quá trình tạo dính không thuận lợi, sau này bỏ động tác tiêm thấm, thấy kết quả tốt. 7 bên mặc dù có hình thành dính chủ động nhưng vẫn bị hẹp,

tắc phức hợp lỗ-ngách do hốc mũi quá chật, BN lại không được chăm sóc đều đặn theo định kỳ do ở xa bệnh viện. Đây cũng là điểm cần xem xét khả năng cắt bán phần cuốn giữa sẽ có hiệu quả hơn [6, 7]. Chúng tôi thực hiện tách dính cho BN, nhưng có 4 BN sau 2 tháng đến khám lại vẫn bị dính bịt tắc gần như hoàn toàn ở ngách giữa.

Những rối loạn khứu giác sau kỹ thuật này tuy có chú ý đến nhưng chỉ là cảm nhận chủ quan của người bệnh, vả lại nhiều BN đã có rối loạn khứu giác từ trước mổ nên rất khó đánh giá. Đồng thời cũng khó phân định đâu là tác động lên khứu giác của bản thân kỹ thuật và đâu là của phẫu thuật nội soi. Năm 2009, Friedman và CS [4] tại Trường Đại học Y Pennsylvania đã nghiên cứu sự biến đổi khứu giác trên 50 BN mổ nội soi mũi-xoang có cố định cuốn giữa bằng phương pháp tạo dính, các tác giả sử dụng bảng tiêu chuẩn đánh giá khứu giác của Đại học Pennsylvania (Smell Identification Test -UPSIT) và kết quả không có sự thay đổi có ý nghĩa về khứu giác trước và sau phẫu thuật.

KẾT LUẬN

1. Kỹ thuật tạo dính chủ động cuốn giữa-vách ngăn được chỉ định thích hợp trong các trường hợp sau:

- PTNS chức năng mũi-xoang có mở xoang sàng toàn phần, tức là có mổ xuyên qua và phá bỏ mảnh nền xương cuốn giữa (84%).

- Phẫu thuật có can thiệp gây tổn thương ở mặt ngoài cuốn giữa (12%).

2. Hiệu quả kỹ thuật và vai trò trong điều trị viêm xoang bằng phẫu thuật nội soi chức năng mũi-xoang:

- Kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, không đòi hỏi phương tiện gì đặc biệt, tạo điều kiện tốt cho việc bảo tồn cuốn giữa.

- Đạt kết quả tốt cho > 93% trường hợp, đảm bảo được sự thông thoáng của ngách giữa, tạo điều kiện cho xoang dẫn lưu tốt sau mổ, giảm tái phát viêm xoang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Phong. Nội soi chỉnh hình cuốn mũi. Nội san Đại hội Tai-Mũi-Họng toàn quốc lần thứ 10. NXB Y học. 1999, tr.239-240.

2. Võ Thanh Quang. Những thủ thuật đối với cuốn mũi giữa trong phẫu thuật nội soi chức năng mũi-xoang. Nội san Đại hội Tai-Mũi-Họng toàn quốc lần thứ 10. NXB Y học. 1999, tr.233-238.

3. Bhalla RK, Carpentier J. Reconstituting middle turbinate anatomy after pituitary surgery. British Jour of Neurosurgery. 2005, Vol. 19, issue 1, pp.71-73.

4. Bolger W, Kuhn F, Kennedy D. Middle turbinate stabilisation after functional endoscopic sinus surgery: The controlled synechia technique. Laryngoscope. 1999, 109, Nov, pp.1852-1853.

5. Bouton V. Le cornet moyen dans la stratégie chirurgicale des ethmoidectomie sous-endoscopie. Jour Francaise d'ORL. 1991, Vol 40, No6-7, pp.369-373.

6. Friedman M, Tanyeri H, Landsberg R, Caldarelli D. Effects of middle turbinate medialization on olfaction. Laryngoscope. 1999, Vol 109, Sep, issue 9, pp.1442-1445.

7. *Lebowitz R, Doud Galli S, Lee K., Jacobs B.* Management of the middle turbinate during functional endoscopic sinus surgery. *Operative techniques in Otolaryngology.* 2001, Vol 12, Iss 1, Mar, pp.13-16.