

NGHIÊN CỨU DỊ HÌNH HỐC MŨI QUA NỘI SOI VÀ CẮT LỚP VI TÍNH

TRẦN VĂN VIỆT - Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương
HOÀNG THÁI HÀ - Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu 72 trường hợp có dị hình hốc mũi được khám phát hiện trên nội soi và CLVT, chúng tôi thấy dị hình cuốn giữa 38,8%. Trong đó xoang hơi cuốn giữa chiếm 82,2%. DH mỏm móc chiếm 33,4%. Chủ yếu gặp mỏm móc đảo chiều cong ra trước 97,4%. DHVN chiếm 31,8%. Trong đó DHVN ở vùng 4 gặp nhiều nhất 60,9%. DHVN chèn ép khe giữa là 43,5%, DHVN chạm vào cuốn mũi là 56,5%. DH vách mũi ảnh hưởng tới đường vận chuyển niêm dịch của hệ thống xoang trước 96,7%. Với viêm xoang trước, DH TB Haller 100%, tiếp theo là các DH cuốn giữa 85,7%, DH mỏm móc 75%.

SUMMARY

Study of 72 cases of allergic nasal examination on endoscopy and computerized tomography, we showed that central book deformities were 38.8%, in which the central little book sinus accounted for 82.2%. Hook tip deformities accounted for 33.4%. The reverse hook tip curved before was 97.4%. Malformed septum accounted for 31.8%, in which malformed septum in part 4 was 60.9%. Deformities of baffled pinched between slots was 43.5%. Allergic touching the nose septum was 56.5%. Nasal wall deformities affecting transport mucus of previous sinus system was 96.7%. With front sinusitis, the TB Haller deformities were 100%, followed by 85.7% of central book deformities, and 75% of hook tip deformities.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây việc thăm khám mũi xoang chủ yếu dựa vào soi đèn Clar nên có nhiều hạn chế, các dị hình hốc mũi dễ bị bỏ qua, đặc biệt là những dị hình vùng khe giữa hoặc những dị hình ở sâu trong hốc mũi và trong xoang. Ngày nay, sự ra đời và phát triển mạnh

mẽ của nội soi ánh sáng lạnh, kết hợp với chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đã giúp phát hiện được những hình ảnh dị hình mà khám điện quang thường không thấy được. Kỹ thuật nội soi chẩn đoán kết hợp với CLVT mũi xoang đã đem lại nhiều tiến bộ vượt bậc trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý dị hình mũi - xoang. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Nghiên cứu các hình thái dị hình hốc mũi qua nội soi và CLVT.
2. Đối chiếu các dị hình với bệnh lý mũi xoang để rút ra những kinh nghiệm trong chẩn đoán và chỉ định điều trị.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 72 bệnh nhân được chẩn đoán có dị hình hốc mũi và được điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW. Bệnh nhân có dị hình hốc mũi được phát hiện trên phim CLVT, nội soi.

2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp tiến cứu mô tả.

2.1. Phương tiện nghiên cứu

Ống nội soi cứng có đường kính 4mm, 2.7mm với các góc nhìn 0°, 30°, 70°. Video camera gắn liền với ống nội soi. Máy chụp ảnh chuyên dụng có hệ thống nối với ống nội soi hoặc máy chụp ảnh thông thường chụp hình ảnh trên màn hình Video.

2.2. CLVT: Thực hiện các lớp cắt (Coronal), dày 4mm và cách nhau nhau 3mm từ bờ trước xoang trán đến thành sau xoang bướm. CLVT đánh giá các hình ảnh dị hình vách mũi xoang, dị hình vách ngăn, tổn thương các xoang và các DH.

3. Xử lý số liệu: Bằng phương pháp thống kê

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Tuổi, giới. Nhóm tuổi <18 tuổi 12,5%. Nhóm tuổi từ 18 - 45 cao nhất (54,2%). Nhóm tuổi từ 45- 60 (27,8%). Trên 60 tuổi chiếm 5,5%. Nữ cao hơn ở nam (51,4%, 48,6%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết [3] và Nguyễn Thị Thanh Bình [1].

2. Sự kết hợp giữa DH vách ngăn với DH khe giữa

Vị trí DH	N	%
DH khe giữa đơn thuần	49	68,1
DH vách ngăn đơn thuần	11	15,3
Phối hợp DH (DHKG + DHVN)	12	16,6
Tổng số	72	100

Nhận xét: Sự kết hợp giữa DHKG và DHVN. Các bệnh nhân có DHKG đơn thuần thường gặp hơn (68,1%). DHVN đơn thuần gặp tỉ lệ 15,3%. DH phối hợp có tỉ lệ là 16,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. DH cuốn giữa là gặp nhiều nhất (38,8%), tiếp đó là DH mỏm móc với 33,3%. DH bóng sàng gặp 18,1%. ít gặp nhất là DH TB Haller 8,4% và DH TB đê mũi 4,2%. DH vách ngăn 31,9% Sự khác biệt giữa các loại DH hốc mũi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3. Sự phối hợp của từng loại dị hình.

Đặc điểm (n=72)	DH cuốn giữa	DH mỏm móc	DH bóng sàng	DH TB đê mũi	DH TB Haller	DH vách ngăn
Đơn thuần	16	14	5	2	3	11
Phối hợp	12	10	8	1	3	12
Tổng số	28	24	13	3	6	23

Nhận xét: Chủ yếu gặp DH mỏm móc đơn thuần (14/24) cũng có tỉ lệ cao hơn dạng phối hợp (10/24).

4. Phân bố các nhóm dị hình.

Vị trí (n=72)	Cuốn giữa	Mỏm móc	Bóng sàng	TB đê mũi	TB Haller	Vách ngăn
1 bên	11	9	2	1	4	23
2 bên	17	15	11	2	2	0
Tổng số	28	24	13	3	6	23

Nhận xét: DH bóng sàng thường gặp ở cả hai bên 84,6%, chỉ có 2/13 trường hợp gặp ở một bên (15,4%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Trong số 28 bệnh nhân có DH cuốn giữa thì tỉ lệ dị hình có ở hai bên hốc mũi cao hơn một bên (17/28, 11/28). Nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

5. Phân bố dị hình cuốn giữa.

Hình thái	Bên trái	Bên phải	Tổng 2 bên	
			N	%
Xoang hơi	21	16	37	82,2
Đảo chiều	4	4	8	17,8
Tổng số	25	20	45	100

Nhận xét: Với các bệnh nhân DH cuốn giữa, thường gặp nhất là xoang hơi trong cuốn mũi giữa với 37 trường hợp (82,2%), DH cuốn giữa đảo chiều ít gặp với 8 trường hợp (17,8%). Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả trên phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết (88% và 9%), cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình

(53,4% và 13,3%) [1].[3]. Cũng theo tác giả Bolger [5] thì xoang hơi cuốn giữa thường gặp còn cuốn giữa đảo chiều ít gặp hơn.

Theo Kennedy [6][7] ở những bệnh nhân có xoang hơi cuốn giữa hay kèm theo những dấu hiệu viêm xoang, nhất là khi có thêm các hình thái giải phẫu khác làm hẹp đường dẫn lưu của PHLN như bóng sàng quá phát. Cuốn giữa đảo chiều cũng có thể dễ dàng gây chèn ép phế nang gây nên các triệu chứng và bệnh lý viêm xoang

6. Phân bố dị hình mỏm móc

Hình thái	Bên trái	Bên phải	Tổng 2 bên	
			n	%
Xoang hơi	0	1	1	2,6
Đảo chiều cong ra trước	20	18	38	97,4
Tổng số	20	19	39	100

Nhận xét: DH mỏm móc chủ yếu gặp hình ảnh đảo chiều cong ra trước (97,4%). Không gặp trường hợp nào mỏm móc cong ra ngoài hoặc kết hợp vừa đảo chiều vừa có xoang hơi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết (92,8% mỏm móc cong ra trước). Theo Zinreich và Bolger tỉ lệ gặp xoang hơi mỏm móc là 0,4% và 3%[5]. Dị hình mỏm móc chúng tôi gặp ở cả hai bên là 15/24 trường hợp (62,5%), một bên là 9/24 (37,5%). Theo Nguyễn Thị Thanh Bình thì tỉ lệ trên là 78,9% và 21,1%. Dị hình mỏm móc cong ra trước tạo hình ảnh "Hai cuốn giữa" sẽ áp sát ti đê vào cuốn giữa, sự ti đê kéo dài sẽ gây hiện tượng phù nề niêm mạc và rối loạn lòng chuyển. Dị hình này cũng gây hiện tượng chèn ép trực tiếp rãnh bán nguyệt và phế nang. Tuy nhiên theo nghiên cứu của chúng tôi rất ít gặp tổn thương này[8][9].

7. Đối chiếu dị hình vách ngăn theo 5 vùng của Cottle.

Hình thái Vị trí	Lệch, veo	Mào	Gai	n	%
Vùng 3	4	2	0	6	26,1
Vùng 4	6	5	3	14	60,9
Vùng 5	0	1	2	3	13,0
Tổng số	10	8	5	23	100

Nhận xét: DHVN chỉ gặp ở vùng 3, 4 và 5, ở vùng 4 gặp với tỷ lệ cao nhất là 60,9%, vùng 3 chiếm 26,1%. Sự khác biệt trên là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Dị hình vách ngăn ở các vùng thấp của hốc mũi (vùng3) thường chạm vào cuốn mũi gây ra các rối loạn chức năng thông khí của mũi, gây các triệu chứng ngạt mũi. Dị hình ở các vùng 4,5 thường hay có sự chèn ép vùng khe giữa, gây nên các triệu chứng đau đầu, có thể gây viêm các xoang phụ thuộc, làm tắc nghẽn luồng khí lên khe khứu gây rối loạn chức năng ngủ. Ngoài ra, dị hình vách ngăn còn có tác động như những gai kích thích gây ra các biểu hiện dị ứng: ngứa mũi, hắt hơi, chảy mũi trong.

8. Đối chiếu DH vách mũi xoang với đường vận chuyển niêm dịch.

Đường VCND	Cuốn giữa	Mỏm móc	Bóng sàng	TB đê mũi	TB Haller	n	%
Hệ thống xoang trước	41	39	24	5	8	117	96,7
Hệ thống xoang sau	4	0	0	0	0	4	3,3

Nhận xét: Trong tổng số 72 bệnh nhân, qua thống kê có 121 DH các loại ở vách mũi xoang. DH vách mũi xoang thường gặp có ảnh hưởng rất lớn tới đường vận chuyển niêm dịch của hệ thống xoang trước với tỷ lệ 96,7%, ảnh hưởng tới đường vận chuyển niêm dịch của hệ thống xoang sau chiếm 3,3%. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Dị hình cuốn giữa thường đi kèm với viêm xoang hàm và xoang sàng trước với các tỉ lệ 92,9% và 85,7%, trong khi đó với viêm xoang trán có tỉ lệ thấp hơn (53,6%). Kết quả này cao hơn với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình (77,8%; 55,6% và 33,3%)[2]. Như vậy dị hình cuốn giữa thường có ảnh hưởng nhiều đến lỗ thông xoang hàm và phếu sàng, và ít ảnh hưởng tới ngách xoang trán. Dị hình mỏm móc đi kèm với viêm xoang hàm có tỉ lệ là 87,5%, với xoang sàng trước là 75%, dị hình mỏm móc liên quan với viêm xoang trán chỉ là 33,3%, phù hợp với tác giả Nguyễn Thị Thanh Bình (90,9%; 72,7% và 45,5%). Dị hình mỏm móc cũng có thể ảnh hưởng tới cả 3 xoang, nhưng chủ yếu tới xoang hàm và xoang sàng trước.

Đối với xoang hàm có thể bị hẹp lại do sự xuất hiện của tế bào Haller, bóng sàng quá phát, xoang hơi cuốn giữa hay cuốn giữa đảo chiều chèn ép vào lỗ thông xoang hàm. Đối với xoang sàng trước: Đường dẫn lưu từ trong xoang sàng trước ra ngoài thường bị ảnh hưởng trực tiếp bởi sự quá phát của bóng sàng, dị hình tế bào Haller. Đường dẫn lưu dịch tiết từ phếu sàng ra ngoài khe giữa có thể bị ảnh hưởng bởi các dị hình sau: các dị hình cuốn giữa, các dị hình mỏm móc. Ngoài ra, dị hình mỏm móc cong ra trước còn làm giảm sự thông khí nói chung của cả 3 xoang.

10. DH bóng sàng với viêm xoang.

Dị hình bóng sàng liên quan đến tình trạng viêm xoang hàm gặp ở 13/13 trường hợp, với viêm xoang sàng trước là 11/13. Tỷ lệ bóng sàng quá phát có viêm xoang ít gặp hơn (7/13 trường hợp).

11. Đối chiếu DH phát hiện qua nội soi CLVT.

Vị trí DH	Hình thái DH	Nội soi		CCLVT	
		n	%	n	%
Cuốn giữa	Xoang hơi	32	22,2	37	25,7
	Đảo chiều	7	4,9	8	5,5
Mỏm móc	Xoang hơi	0	0	1	0,7
	Đảo chiều cong ra trước	38	26,4	36	25,0

Bóng sàng	Quá phát	20	13,9	24	16,7
TB đê mũi	Quá phát	3	2,1	5	3,5
	TB Haller	0	0	8	5,5
Vách ngăn	Lệch, vẹo	10	6,9	10	6,9
	Mào	8	5,5	8	5,5
	Gai	5	3,5	5	3,5

Nhận xét: Với DH cuốn giữa, nội soi chẩn đoán phát hiện được 32 trường hợp xoang hơi cuốn giữa, 7 trường hợp cuốn giữa đảo chiều, còn trên CLVT phát hiện được 37 xoang hơi cuốn giữa và 8 cuốn giữa đảo chiều. Nội soi phát hiện được 38 trường hợp mỏm móc cong ra trước, CLVT phát hiện 36. Có 1 trường hợp có xoang hơi trong mỏm móc được thấy trên phim CLVT mà không phát hiện được trên nội soi. Qua nội soi thấy được 20 DH bóng sàng quá phát, CLVT phát hiện được 24. Đối với DHTB đê mũi quá phát, CLVT khẳng định đúng cả 3 trường hợp được phát hiện trên nội soi và phát hiện được thêm 2 trường hợp nữa. Riêng đối với DH TB Haller là một dị hình nằm ở sâu không thể thấy qua nội soi mà chỉ có thể thấy được trên phim CLVT. Tất cả các DH được phát hiện qua nội soi và CLVT đều được khẳng định chẩn đoán trong quá trình điều trị phẫu thuật nội soi.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

- Với các hình thái dị hình vách ngăn có kết quả CLVT phù hợp 100% với kết quả qua nội soi.

- DH xoang hơi cuốn giữa, nội soi phát hiện được 32, CLVT phát hiện được 37 trường hợp.

- Dị hình cuốn giữa đảo chiều qua nội soi phát hiện được 7 trường hợp, nhưng trên phim CLVT phát hiện được 8.

- Nội soi phát hiện được 20 bóng sàng quá phát, và 3 trường hợp tế bào đê mũi quá phát. Nhưng qua CLVT chúng tôi phát hiện thấy thêm 4 trường hợp bóng sàng quá phát và thêm 2 tế bào đê mũi quá phát.

- Trong nghiên cứu này, gặp DH mỏm móc chủ yếu là mỏm móc cong ngược ra trước, nội soi phát hiện 38 trường hợp, trên CLVT chỉ thấy được 36 trường hợp.

- Với trường hợp xoang hơi mỏm móc, chỉ thấy 1 trường hợp duy nhất và được phát hiện trên phim CLVT mà không phát hiện ra qua nội soi.

- 100% dị hình tế bào Haller thấy trên CLVT, do đó là một DH nằm sâu, không thể thấy qua nội soi.

Mặc dù nội soi là một phương pháp chẩn đoán dị hình hốc mũi rất hữu hiệu, song giá trị quyết định lại là hình ảnh trên phim CLVT. CLVT không những cho hình ảnh khách quan và chính xác về các cấu trúc giải phẫu bất thường, mà còn cho thấy những hình ảnh bệnh lý kèm theo của vùng PHLN, của các xoang phụ thuộc. Ngoài ra, có những dị hình mà chỉ có CLVT mới phát hiện được như dị hình tế bào Haller.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm dị hình hốc mũi.

Tỉ lệ nam /nữ không có sự chênh lệch với tỉ lệ

35/37 (48,6% /51,4%). DH cuốn giữa thường gặp nhất với 28/72 trường hợp. Trong đó có 37/45 xoang hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều ít gặp hơn với 8/45 trường hợp. DH mỏm móc gặp ở 24/72 trường hợp. Chủ yếu gặp mỏm móc đảo chiều cong ra trước (38/39), xoang hơi mỏm móc rất ít gặp (1/39). DH TB Haller ít gặp hơn với các tỉ lệ tương ứng là: 13/72, 3/72 và 6/72. DHVN gặp ở 23/72 trường hợp. Trong đó tỷ lệ lệch, vẹo vách ngăn là 10/23, mào vách ngăn gặp 8/23 trường hợp và gai vách ngăn là 5/23 trường hợp.

2. Đối chiếu dị hình.

2.1. DH vách ngăn. DHVN chỉ gặp ở vùng 3, 4 và 5. Trong đó DHVN ở vùng 4 gặp nhiều nhất với 14/23 trường hợp (60,9%). DHVN chèn ép khe giữa là 43,5%, trong đó cả 10/10 trường hợp là DH vùng 4, 5. DHVN chạm vào cuốn mũi là 56,5%.

2.2. DH vách mũi xoang.

Với đường vận chuyển niêm dịch. DH vách mũi xoang gặp 100% và ảnh hưởng tới đường vận chuyển niêm dịch của hệ thống xoang trước có tỷ lệ là 96,7%, ảnh hưởng tới đường vận chuyển niêm dịch của hệ thống xoang sau là 3,3%.

Với viêm xoang trước. Viêm xoang hàm có liên quan nhiều nhất với DH TB Haller, DH bóng sàng quá phát, DH cuốn giữa và DH mỏm móc. Viêm xoang sàng trước liên quan nhiều tới DH bóng sàng quá phát (11/13 trường hợp), DH TB Haller (6/6), tiếp theo là các DH cuốn giữa (24/28), DH mỏm móc (18/24). Viêm xoang trán có liên quan mật thiết với TB đề mũi quá phát (3/3 trường hợp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Bình (2001), "Phát hiện dị hình khe giữa qua nội soi và CT-Scan trên bệnh nhân viêm xoang mạn tính". Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội
2. 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 sỹ chuyên khoa II, ĐHYHN
3. Nguyễn Thị Tuyết (2007), "Nghiên cứu dị hình hốc mũi trên bệnh nhân viêm xoang tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương", Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II, ĐHYHN.
4. April M.M, Zinreich S.J., Baroody F.M., and all (1993), "Coronal CT-Scan abnormalities in children with chronic sinusitis", Laryngoscope 103, p. 985- 990
5. Bolger W.E, Butzin C.A., and Parsons D.S., (1991), "Paranasal sinus bony anatomic variation and mucosal abnormalities: CT analysis for endoscopic sinus surgery.", Laryngoscope 101, p. 56 -64.
6. Kennedy D.W., Zinreich S.J., Shaalan H., Kuhn. F., Naclerio R., (1987): "Endoscopic middle meatal antrstomy: Theory, technique and patency", Laryngoscope 97 (suppl. 43), p. 81.
7. Kennedy D.W., (2001), "Radiographic anatomy of the sinus. Diseases of the sinus, W.B Saunders company, Philadelphia, p. 10-26.
8. Kich- Henriksen N., Gammelgaard N., Hvidegaard T., Stoksted P. (1984), "Chronic headache: the role of deformity of the nasal septum", Brit Med J., p: 434-435.
9. King J.M., Cadarelli D.D., Pigoto J.B. (1994), "A Review of Revision an Functional Endoscopic Surgery", Laryngoscope, 104, p:404-408.