

TỶ LỆ DỊ HÌNH HỐC MŨI TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM ĐA XOANG MẠN TÍNH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG TẠI BỆNH VIỆN 103 TỪ 6 - 2005 ĐẾN 6 - 2010

Võ Văn Minh*; Nguyễn Thị Thu Hoa*

TÓM TẮT

Dị hình hốc mũi có thể gây viêm xoang, trong phẫu thuật nội soi (PTNS) mũi xoang, nếu không xử trí tốt thì tỷ lệ tái phát sau mổ cao.

Từ tháng 6 - 2005 đến 6 - 2010, tiến hành PTNS cho 763 bệnh nhân (BN) viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT) tại Bệnh viện 103, chúng tôi gặp chủ yếu: dị hình mỏm móc, bóng sàng, cuốn giữa đảo chiều, bóng khí, quá phát cuốn dưới, dị hình vách ngăn.

Xử trí dị hình hốc mũi kết hợp với PTNS mũi xoang giúp giảm tỷ lệ tái phát sau mổ.

* Từ khóa: Dị hình hốc mũi; Viêm đa xoang mạn tính; Phẫu thuật nội soi mũi xoang.

THE INCIDENCE OF MALFORMATION OF NASAL CAVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC SINUSITIS AND ESSESSMENT OF RESULTS OF FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY AT 103 HOSPITAL FROM JUNE 2005 TO JUNE 2006

SUMMARY

Malformation of structures in nasal cavity can cause sinusitis. If don't be corrected during functional endoscopic sinus surgery, the recurrent rate of post-operative sinusitis will increase.

From 6 - 2005 to 6 - 2010, 763 patients with chronic sinusitis underwent functional endoscopic sinus surgery at Hospital 103, we found: uncinata process abnormality, ethmoidal bulla, middle turbinate hypotrophy, concha bullosa, inferior turbinate hypertrophy, septum deviation.

Functional endoscopic sinus surgery combined with correction of malformation will reduce the recurrent rate.

* *Key words: Nasal cavity malformation; Chronic sinusitis; Functional endoscopic sinus surgery.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang là bệnh phổ biến ở nước ta. Việc điều trị triệt để còn gặp nhiều khó khăn, đòi hỏi phải kết hợp đồng bộ giữa điều trị ngoại khoa, nội khoa cũng như công tác phòng bệnh. Cơ chế của viêm mũi xoang chủ yếu là do bít tắc phức hệ lỗ - ngách

* *Bệnh viện 103*

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: GS. TS. Lê Trung Hải

TS. Nghiêm Đức Thuận

(PHLN), trong đó dị hình hốc mũi do bẩm sinh hoặc do chấn thương là một trong những nguyên nhân gây ra. PTNS mũi xoang ra đời đã làm thay đổi cơ bản về điều trị viêm

mũi xoang, PTNS đã giải quyết được các dị hình hốc mũi một cách chính xác để điều trị theo cơ chế bệnh sinh của viêm mũi xoang, đó là thông khí và dẫn lưu mũi xoang. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm: *Nhận xét tỷ lệ dị hình hốc mũi trên BN VMXMT và đánh giá kết quả điều trị bằng PTNS mũi xoang.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

736 BN được chẩn đoán VMXMT và PTNS mũi xoang tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện 103 từ 6 - 2005 đến 6 - 2010.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Có tiền sử viêm mũi xoang, điều trị bằng nội khoa không kết quả.

- Khám nội soi có viêm mũi xoang, dị hình hốc mũi.

- Chụp X quang 2 tư thế Blondeaux, Hirtz hoặc chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có viêm xoang.

- PTNS mũi xoang.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thống kê mô tả, có can thiệp lâm sàng.

* *Các bước tiến hành:*

- Khám nội soi hốc mũi chẩn đoán trước mổ.

- Chụp X quang 2 tư thế Blondeaux, Hirtz hoặc chụp CLVT có hình ảnh viêm xoang.

- PTNS mũi xoang: lấy bệnh tích, dẫn lưu xoang kết hợp xử lý các dị hình hốc mũi.

- Khám nội soi đánh giá kết quả sau mổ, hẹn BN khám lại sau 1, 3 và 6 tháng.

- Đánh giá kết quả dựa vào nội soi mũi xoang sau mổ:

+ Tốt: hốc mũi sạch, không có hoặc chỉ có rất ít dịch xuất tiết nhày loãng, niêm mạc hốc mũi hồng đều, có mao mạch trên bề mặt. Ngách giữa và lỗ thông các xoang thông thoáng, dẫn lưu tốt.

+ Khá: hốc mũi có dịch xuất tiết nhày, niêm mạc hồng nhạt, có ít mạch máu. Ngách giữa và lỗ thông xoang thông thoáng, không bị dính.

+ Trung bình: hốc mũi và hốc mũi có dịch nhày mủ, niêm mạc nề, viêm, dễ chảy máu nhưng không gây bít tắc lỗ dẫn lưu các xoang.

+ Kém: hốc mũi có nhiều dịch nhày mủ, niêm mạc thoái hóa hoặc polyp, viêm dính hoặc bít tắc lỗ thông mũi xoang.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Phân bố BN theo tuổi và giới.

Bảng 1:

GIỚI TUỔI	NAM (%)	NỮ (%)	TỔNG (%)
≤ 20	62 (8,12%)	52 (6,82%)	114 (14,94%)
21 - 60	254 (33,29%)	250 (32,46%)	504 (66,05%)
> 60	70 (9,18%)	75 (9,83%)	145 (19,01%)
Tổng	386 (50,59%)	377 (49,41%)	763 (100%)

Độ tuổi gặp nhiều nhất 21 - 60 (66,05%). Đây là lứa tuổi lao động, vì vậy, VMXMT ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và năng suất lao động. Tỷ lệ giữa nam và nữ không có sự khác biệt (50,59% so với 49,01%).

2. Triệu chứng cơ năng.

Ngạt tắc mũi: 731 BN (95,81%); chảy dịch mũi: 724 BN (94,89%); đau đầu: 386 BN (50,58%); giảm, mất ngủ: 152 BN (19,92%).

Các triệu chứng cơ năng thường gặp nằm trong 4 hội chứng lớn về mũi xoang. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chủ yếu gặp triệu chứng ngạt tắc mũi và chảy dịch mũi, tương tự với các nghiên cứu trước đó [3].

3. Triệu chứng nội soi mũi xoang.

Bảng 2:

TRIỆU CHỨNG SỐ LƯỢNG	MŨ KHE GIỮA	POLÝP	QUÁ PHÁT MŨM MÓC	QUÁ PHÁT BÓNG SÁNG	DI HÌNH CUỐN GIỮA	DI HÌNH CUỐN DƯỚI	DI HÌNH VÁCH NGĂN
Số BN	607	132	325	281	437	168	117
Tỷ lệ %	79,55	17,30	42,59	36,83	57,27	22,02	15,33

Tất cả BN đều được khám nội soi trước mổ để đánh giá tổn thương niêm mạc mũi xoang cũng như dị hình hốc mũi với tỷ lệ dị hình hốc mũi rất cao. Vì vậy, nếu trong PTNS mũi xoang không xử lý tốt các dị hình này, tỷ lệ tái phát sau mổ cao. Tỷ lệ này tương tự với một số tác giả khác ở trong và ngoài nước [3, 4].

4. Hình ảnh X quang.

Bảng 3:

MỨC ĐỘ XOANG	MỜ NHẸ (%)	MỜ TOÀN BỘ (%)	SỐ LƯỢNG (%)
Xoang hàm	219 (28,70)	241 (31,58)	460 (60,28)
Xoang sàng trước	314 (41,15)	212 (27,79)	526 (68,94)
Xoang sàng sau	217 (28,44)	97 (12,71)	314 (41,15)
Xoang bướm	122 (16,00)	81 (10,61)	203 (26,61)
Xoang trán	59 (7,73)	8 (1,05)	67 (8,78)

Tất cả BN đều được chụp 2 tư thế Blondeaux và Hirzt để chẩn đoán viêm mũi xoang, ngoài ra, một số được chụp CLVT.

Các tổn thương trên phim X quang thường gặp nhiều nhất là nhóm xoang trước. Kết quả này phù hợp các nghiên cứu trước [3, 5].

5. Phương pháp PTNS mũi xoang.

Bảng 4:

PHƯƠNG PHÁP PTNS MŨI XOANG	MỜ XOANG HÀM, SÀNG TRƯỚC	MỜ XOANG SÀNG, HÀM TOÀN BỘ	MỜ XOANG SÀNG, HÀM, TRÁN, BƯỚM
Số lượng BN	359	291	113
Tỷ lệ %	47,05	38,14	14,81

Trong phẫu thuật, tùy vào từng tổn thương của mũi xoang mà phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp mổ phù hợp, với nguyên tắc bảo tồn tối đa tổ chức lành, chỉ lấy niêm mạc thoái hóa, polyp và các dị hình hốc mũi gây cản trở thông khí và dẫn lưu mũi xoang. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chủ yếu sử dụng phương pháp mở xoang hàm, sàng trước (47,05%) kết hợp với chỉnh hình các dị hình hốc mũi.

6. Kết quả phẫu thuật.

Tốt: 180 BN (25,95%); khá: 473 BN (61,99%); trung bình: 68 BN (8,91%); kém: 24 BN (8,91%).

Với 87,94% BN có kết quả tốt và khá nên không cần điều trị thêm hoặc chỉ cần rửa mũi bằng nước muối sinh lý. Đối với những BN có kết quả trung bình (8,91%), cần điều trị nội khoa tích cực. BN có kết quả kém (3,33%) được phẫu thuật lại. Đây là một kết quả tương đối khả quan, cao hơn so với nghiên cứu của Võ Thanh Quang [3]: tốt và khá 75,69%.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 763 BN VMXMT được chẩn đoán và điều trị bằng PTNS mũi xoang

tại Bệnh viện 103 từ 6 - 2005 đến 6 - 2010, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Trong các dị hình hốc mũi, dị hình cuốn giữa gặp nhiều nhất (437/763 BN = 57,27%); tiếp đến dị hình mòm móc (325/763 BN = 42,59%), dị hình bóng sàng (281/763 BN = 36,83%), dị hình cuốn dưới (168/763 BN = 22,02%), dị hình vách ngăn (117/763 BN = 15,33%).

- Kết quả PTNS mũi xoang: tốt 25,95%, khá 61,99%, trung bình 8,91%, kém 3,33%.

Trong PTNS mũi xoang, cần xử lý tốt các dị hình hốc mũi kết hợp lấy bệnh tích và dẫn lưu xoang. Như vậy, tỷ lệ tái phát sau mổ ngày càng được cải thiện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hoàng Lương*. Nghiên cứu ứng dụng PTNS mũi xoang vào giảm áp thần kinh thị giác trong chấn thương đầu mặt. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2008.
2. *Nguyễn Tấn Phong*. Điện quang chẩn đoán trong tai mũi họng. Nhà xuất bản Y học. 2009.
3. *Võ Thanh Quang*. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị VĐXMT qua PTNS chức năng mũi xoang. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2004.
4. *DC. Lanza, Kennedy DW*. Endoscopic Sinus Surgery. 2001.
5. *DR. Schaefer*. Endoscopic Sinus Surgery. 2001.

Ngày nhận bài: 4/6/2012

Ngày giao phản biện: 30/7/2012

Ngày giao bản thảo in: 31/8/2012

