

nhân có khớp gối vào trong, ngược lại, phù tủy xương phía ngoài hay gặp ở bệnh nhân có khớp gối ra ngoài. 27/75 khớp gối (chiếm 36%) có tổn thương phù tủy xương ở khoang trong cho thấy có sự tiến triển quá trình thoái hóa so với 12/148 khớp (8,1%) không có tổn thương phù tủy xương ở khoang trong (OR=6,5, 95% CI, 3-14). Khoảng 69% khớp gối trong nghiên cứu tiến triển thành thoái hóa khớp đùi chày trong có tổn thương phù tủy xương ở khoang trong và tiến triển thành thoái hóa khớp đùi chày ngoài có tổn thương phù tủy xương ở khoang ngoài. Nhóm nghiên cứu nhận thấy sự có mặt của phù tủy xương có liên quan đến triệu chứng đau, hủy hoại cấu trúc khớp và tiến triển của thoái hóa khớp gối [10].

V. KẾT LUẬN

Tổn thương thoái hóa khớp gối trên cộng hưởng tử chủ yếu là bào mòn lớp sụn ở các vị trí lõi cầu trong, lõi cầu ngoài, liên lõi cầu và khớp đùi chày. Tổn thương sụn chêm chủ yếu là sụn chêm trong. Tất cả bệnh nhân thoái hóa khớp gối đều có tràn dịch. Phù tủy xương đùi, xương chày là chủ yếu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Đình Toàn (2015)**. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tạo tổn thương dưới sụn và ghép khối tế bào gốc tủy xương tự thân trong điều trị thoái hóa khớp gối, Luận án Tiến sỹ y học,

- Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Fransen M, L. Bridgett, L. March et al (2011)**. The epidemiology of osteoarthritis in Asia. *Int J Rheum Dis*, 14 (2), 113-121.
 3. **Bùi Hải Bình (2016)**. Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân. Luận án tiến sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
 4. **Nguyễn Xuân Thiệp (2013)**. Nghiên cứu lâm sàng, hình ảnh X quang qui ước và hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối, Luận văn Thạc sỹ y học. Học viện quân Y.
 5. **Fernandez-Madrid F, Karvonen R.L, Teitge R.A. et al (1994)**. MR features of osteoarthritis of the knee. *Magn Reson Imaging*, 12, 703-709.
 6. **Wu H, Webber C, Fuentes C.O. et al (2007)**. Prevalence of knee abnormalities in patients with osteoarthritis and anterior cruciate ligament injury identified with peripheral magnetic resonance imaging: a pilot study. *Can Assoc Radiol J*, 58 (3), 167-175.
 7. **Potter H.G, Linklater J.M, Allen A.A. et al (1998)**. Magnetic Resonance Imaging of Articular Cartilage in the knee. *J Bone Joint Surg Am*, 80 (9), 1276-1284.
 8. **Trần Việt Tiến và cộng sự (2015)**. Nghiên cứu ứng dụng tế bào gốc tự thân trong điều trị bệnh thoái hóa khớp. Đề tài độc lập cấp nhà nước, Học viện quân Y.
 9. **Hill C.L. et al (2001)**. Knee effusions, popliteal cysts, and synovial thickening: association with knee pain in osteoarthritis (abstract). *J Rheumatol*, 28 (6), 1330-1337.
 10. **Felson D.T, Lawrence R.C, Dieppe P.A (2000)**. Osteoarthritis: new insights. Part I: The disease and its risk factor. *Ann Intern Med*, 133, 635-646.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG KÍCH THƯỚC LỚN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Văn Tuyên*, Nguyễn Việt Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần với sự hỗ trợ của máy bào tổ chức điều trị u xơ tử cung kích thước lớn tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 62 bệnh nhân u xơ tử cung kích thước lớn được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần. **Kết quả:** kích thước tử cung trung bình $14,82 \pm 2,06$ tuần. Test sàng lọc cổ tử cung âm tính. Thời gian mổ trung bình $140,32 \pm 46,43$

phút. Thời gian nằm viện ngắn, ít đau sau mổ, giảm chi phí điều trị. Không có tai biến, biến chứng trong và sau mổ. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi trong điều trị u xơ tử cung kích thước lớn với hỗ trợ máy bào tổ chức mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân.

Từ khóa: U xơ tử cung kích thước lớn, phẫu thuật nội soi, cắt tử cung bán phần.

SUMMARY

EVALUATE EARLY EFFICIENCY OF LAPAROSCOPY SUPRACERVICAL HYSTERECTOMY TO TREAT LARGE UTERINE FIBROIDS AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objective: to evaluate early results of laparoscopic supracervical hysterectomy with morcellator to treat large uterine fibroids. **Subjects and methods:** 62 patients with large uterine fibroids were treated by laparoscopic supracervical hysterectomy. **Results:**

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Tuyên

Email: drlevantuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 28.4.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022

Mean size of the preoperative uterus and fibroids was $14,82 \pm 2,06$ weeks. Cervical screening negative, average operative time was $140,32 \pm 46,43$ minutes. Less pain after surgery and short hospital stay, quick recovery, reduced costs... No accidents, complications during and after surgery were observed. **Conclusion:** Laparoscopic surgery had been successfully applied in the treatment of large uterine fibroids at 103 Military Hospital.

Keywords: Large uterine fibroids; Laparoscopic surgery; Supracervical hysterectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Harry Reich đã báo cáo phẫu thuật cắt tử cung nội soi đầu tiên vào năm 1989, mang tới những hứa hẹn về phẫu thuật ít xâm lấn [1]. Năm 1991, Kirt Semm báo cáo ca phẫu thuật cắt tử cung bán phần qua nội soi đầu tiên [2]. Ngày nay, phẫu thuật nội soi được ứng dụng rộng rãi trong điều trị u xơ tử cung thay thế dần các phẫu thuật mở bụng thông thường. Các chỉ định điều trị cho bệnh nhân có u xơ tử cung kích thước lớn, u xơ ở vị trí khó và phức tạp cũng ngày càng được mở rộng và đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Trên thế giới, nhiều phẫu viên đã tiến hành phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần thành công cho u xơ tử cung kích thước lớn: Anupama Shahid phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần cho BN có trọng lượng tử cung và u trung bình 575g, lớn nhất là 1200g [3]. Ở Việt Nam, tỷ lệ u xơ tử cung kích thước lớn ngày càng tăng và chưa có nhiều đề tài đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần điều trị u xơ tử cung kích thước lớn. Vì vậy chúng tôi đã thực hiện đề tài: "*Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần điều trị u xơ tử cung kích thước lớn với sự hỗ trợ của máy bào tổ chức tại Bệnh viện Quân y 103*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 62 bệnh nhân u xơ tử cung kích thước lớn được phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2020 đến tháng 3/2022

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- U xơ tử cung kích thước lớn:
- + Tử cung có u xơ, cả tử cung và u xơ kích thước lớn hơn tử cung có thai 12 tuần.
- + U xơ có đường kính lớn hơn 60mm, hoặc nhiều u xơ mà tổng đường kính các u xơ lớn hơn 60 mm trên siêu âm.
- Cổ tử cung không có tổn thương nghi ngờ ác tính. Phiến đồ âm đạo, cổ tử cung bình thường.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- U xơ tử cung kích thước nhỏ (cả khối u và tử

cung kích thước nhỏ hơn tử cung có thai 12 tuần).

- Cắt tử cung không do u xơ tử cung.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

*Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

*Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, kích thước tử cung, tình trạng cổ tử cung, kích thước u xơ trên siêu âm, vị trí u xơ so với thành tử cung, phần phụ, giải phẫu bệnh lý, thời gian phẫu thuật, tình trạng đau, thân nhiệt, vận động sau mổ, tình trạng vết mổ, tai biến và biến chứng phẫu thuật.

*Quy trình phẫu thuật tiến hành theo quy trình PTNS cắt tử cung bán phần của Bộ y tế.

***Xử trí số liệu:** bằng phần mềm SPSS 22. Sử dụng các thuật toán: tính giá trị trung bình, tỷ lệ %, so sánh 2 giá trị bằng t-test. Độ tin cậy có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

***Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức Y khoa của Bệnh viện Quân y 103.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u xơ tử cung kích thước lớn

- Tuổi trung bình nhóm đối tượng là : 46,71; thấp nhất là 37; cao nhất là 60. Nhóm từ 40 - 49 tuổi chiếm tỷ lệ chủ yếu 50,3%.

Bảng 2. Kích thước tử cung

Kích thước tử cung	n	%
Bảng tử cung có thai từ 13-14 tuần	52	83,9
Bảng tử cung có thai từ 15-19 tuần	6	9,7
Bảng tử cung có thai ≥ 20 tuần	4	6,5
Tổng	62	100
Kích thước tử cung trung bình (nhỏ nhất - lớn nhất)	$14,82 \pm 2,06$ (13 - 24)	

Nhận xét: Kích thước tử cung trung bình trước mổ là: $14,82 \pm 2,06$, nhỏ nhất là 13 tuần, lớn nhất là 24 tuần. Nhóm tử cung từ 13 - 14 tuần chiếm chủ yếu (83,9%).

- Tình trạng cổ tử cung trước phẫu thuật: 100% bệnh nhân không thấy tổn thương trên lâm sàng và test Pap'Smear.

- Đường kính trung bình các khối u xơ trên siêu âm là $82,19 \pm 20,8$ mm, đường kính nhỏ nhất 49 mm, đường kính lớn nhất 140 mm. U có đường kính 61 - 80 mm chiếm tỷ lệ chủ yếu 38,7%, < 60 mm chiếm 14,5%, từ 81 - 100 mm chiếm 30,6% và > 100 mm chiếm 16,1%.

2. Đặc điểm tử cung, phần phụ trong phẫu thuật.

Bảng 3. Vị trí u xơ so với thân tử cung

Vị trí u xơ so với thân tử cung	n	%
U xơ thân tử cung	40	64,5
U xơ trong dây chằng rộng	14	22,6

U xơ eo + cổ tử cung	8	12,9
Tổng	62	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có khối u xơ ở thân tử cung chiếm 64,5%, ở eo + cổ tử cung 12,9%, ở trong dây chằng rộng 22,6%.

- Trong quá trình phẫu thuật, tỷ lệ BN có nang buồng trứng là 6,5%, có viêm dính: 12,9% có lạc nội mạc tử cung: 1,6%, 1 trường hợp áp xe phần phụ. Phương pháp xử trí tổn thương phần phụ chủ yếu là cắt một phần phụ (14,5%).

- Giải phẫu bệnh sau mổ tỷ lệ u cơ trơn chiếm 98,4%; u cơ trơn + adenomyosis: 1,6%.

3. Kết quả điều trị

- Thời gian phẫu thuật nhanh nhất: 50 phút, thời gian phẫu thuật dài nhất: 300 phút; thời gian phẫu thuật trung bình là 140,32 ± 46,43 phút.

Bảng 4. Thời gian trung tiện

Thời gian trung tiện sau mổ	n	%
≤ 24 giờ	48	77,4
25 - 36 giờ	12	19,4
37 - 48 giờ	2	3,2
Tổng	62	100

Nhận xét: thời gian trung tiện sau mổ trong 24 giờ đầu chiếm 77,4%, tỷ lệ bệnh nhân trung tiện đến 36 giờ là 96,8%, đến 48 giờ là 100%.

- 96,8% bệnh nhân chỉ cần dùng giảm đau vào ngày đầu tiên sau mổ.

- Trước phẫu thuật có 96,8% được dùng kháng sinh dự phòng trước mổ và có 4 trường hợp chuyển sang kháng sinh điều trị do sốt sau phẫu thuật. Một trường hợp dùng kháng sinh điều trị từ đầu do có áp xe phần phụ kèm theo.

- Sau phẫu thuật có 1 bệnh nhân có vết mổ

Bảng 5. Tình trạng vận động sau mổ

	Ngày thứ 1		Ngày thứ 2		Ngày thứ 3	
	n	%	n	%	n	%
Nằm tại giường	35	56,5	0	0	0	0
Ngồi dậy	27	43,5	37	59,7	0	0
Đi lại	0	0	25	40,3	62	100
Tổng	62	100	62	100	62	100

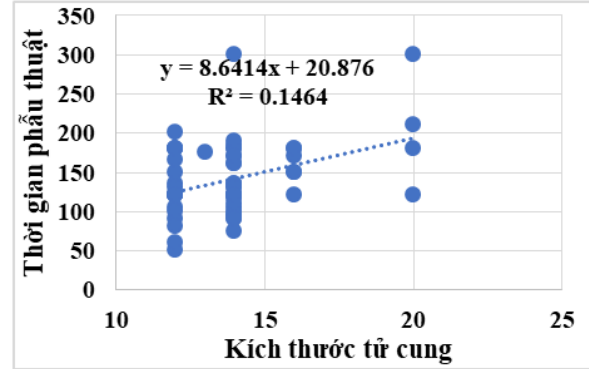
Nhận xét: Ngày thứ 1 có 43,5% BN đã ngồi dậy. Ngày thứ 2 có 40,3% BN đi lại được. Ngày thứ 3 100% BN đã đi lại được.

Bảng 6. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	n	%
≤ 3	3	4,8
4 - 5	55	88,7
≥ 6	4	6,5
Tổng	62	100

Nhận xét: Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 4,82±1,33 ngày. Thời gian nằm viện chủ yếu từ 4 - 5 ngày chiếm 88,7%.

nề đỏ, không có trường hợp nào xuất hiện nhiễm khuẩn vết mổ.



Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và kích thước tử cung

Nhận xét: kích thước tử cung và thời gian phẫu thuật tương quan nhau, kích thước tử cung càng lớn thời gian phẫu thuật càng dài (p < 0,05).

Bảng 4. Mối liên quan giữa vị trí u xơ theo giải phẫu và thời gian phẫu thuật

Vị trí u xơ theo giải phẫu tử cung	n	Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	p
U xơ thân tử cung	40	129 ± 32,66	< 0,05
U xơ ở vị trí khác (trong dây chằng rộng, eo và cổ tử cung)	22	160,91 ± 60,17	

Nhận xét: U xơ tử cung ở vị trí đặc biệt (eo + CTC, trong dây chằng rộng) có thời gian phẫu thuật dài hơn u xơ thân tử cung, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Trong nghiên cứu này, không có tai biến trong mổ, có 4 trường hợp sốt sau mổ được chuyển kháng sinh dự phòng sang điều trị.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Tuổi trung bình là: 46,71, nhóm từ 40 - 49 tuổi chiếm tỷ lệ chủ yếu 50,3%. Theo Nguyễn Tuấn Hải tuổi trung bình là 48,45; nhóm 45 - 54 tuổi chiếm tỷ lệ chủ yếu (82,5%) [7], kết quả

của chúng tôi tương đồng với tác giả.

- Kích thước tử cung trung bình trước mổ là: $14,82 \pm 2,06$ tuần. Anupama Shadid phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần, kích thước tử cung trước mổ trung bình to tương đương tử cung có thai 18 tuần, bé nhất là 12 tuần, lớn nhất là 30 tuần [3]. Kích thước này lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi.

- Đường kính trung bình các khối u xơ trên siêu âm là $82,19 \pm 20,8$ mm, không có mối tương quan giữa thời gian phẫu thuật với đường kính u trên siêu âm ($p > 0,05$). Có thể do đánh giá kích thước u một chiều không phản ánh đúng kích thước toàn bộ của u và cả khối tử cung.

3. Đặc điểm tử cung, phần phụ trong phẫu thuật

- Vị trí của u xơ ở thân tử cung chiếm 64,5%, ở eo + CTC tử cung: 12,9%. Ở trong dây chằng rộng: 22,6%. U xơ ở các vị trí eo + CTC, trong dây chằng rộng có thời gian phẫu thuật dài hơn so với u xơ thân tử cung, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khối u xơ ở vị trí đặc biệt này sẽ làm thay đổi giải phẫu của tử cung, đặc biệt là vị trí cuống mạch tử cung đòi hỏi thay đổi trong kỹ thuật khống chế nguồn mạch. Ngoài ra việc phẫu tích trong trường hợp u xơ ở trong dây chằng rộng tăng nguy cơ tổn thương niệu quản. U xơ ở eo + cổ tử cung cản trở việc xác định mốc cắt và tăng nguy cơ tổn thương bàng quang trong mổ.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi phương pháp xử trí tổn thương phần phụ chủ yếu là cắt một phần phụ (14,5%). Kết quả của chúng tôi tương đồng tác giả Alperin trong nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung có kích thước lớn có 17,1% có cắt ít nhất 1 phần phụ [4].

- Kết quả giải phẫu bệnh lý trong nghiên cứu của chúng tôi 100% lành tính, tuy nhiên một số nghiên cứu trên thế giới chỉ ra nguy cơ bào phải khối tử cung có bệnh lý ác tính. Theo nghiên cứu của Rebecca B. Perkins tỷ lệ ung thư tử cung trong 17903 bệnh nhân cắt tử cung bán phần nội soi là 0,296% [5]. Tỷ lệ thấp tuy nhiên cần tư vấn cho người bệnh trước khi chỉ định phương pháp phẫu thuật này.

4. Kết quả điều trị

- Thời gian phẫu thuật nhanh nhất: 50 phút, dài nhất: 300 phút; thời gian trung bình là $140,32 \pm 46,43$ phút. Theo Dietmar Grosse-Drieling thời gian phẫu thuật trung bình $76,5 \pm 33,4$ phút [6], thời gian phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào vị trí u xơ, kích thước tử cung, kinh nghiệm phẫu thuật và các trang thiết bị từng cơ sở.

- Thời gian trung tiện sau mổ trong 24 giờ

đầu chiếm 77,4%, 96,8% bệnh nhân chỉ dùng giảm đau ngày đầu sau phẫu thuật. Theo Nguyễn Tuấn Hải có 98,7% trung tiện trong 24 giờ, chỉ có 1 bệnh nhân trung tiện từ 25 - 48 giờ sau mổ [7]. Sở dĩ bệnh nhân trung tiện sớm, đau ít là do phẫu thuật nội soi ít xâm lấn, ít can thiệp tác động vào ruột, tạng trong ổ bụng.

- Ngày thứ 1 có 56,5% BN nằm tại giường, 43,5% BN đã ngồi dậy. Ngày thứ 2 có 59,7% ngồi dậy, có 43,3% BN đi lại được. Ngày thứ 3 trở đi 100% BN đã đi lại được. Theo Nguyễn Tuấn Hải BN ngồi dậy sau phẫu thuật < 24 giờ đầu chiếm 98,7%, đi lại sau 25 - 48 giờ là 43,4% và sau 48 giờ là 97,4% [7]. Phẫu thuật nội soi ổ bụng giúp BN hồi phục vận động sớm sau mổ, sớm trở lại công việc bình thường.

- Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $4,82 \pm 1,33$ ngày. Thời gian nằm viện chiếm tỷ lệ chủ yếu là 4 - 5 ngày chiếm 88,7%. Theo Bernd Bojahr thời gian nằm viện trung bình trong 1000 bệnh nhân PTNS cắt tử cung bán phần là $2,21 \pm 0,55$ ngày [8]. PTNS có thời gian nằm viện ngắn giúp giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

- 100% BN không có tai biến trong mổ, theo Dietmar Grosse-Drieling tỷ lệ tai biến chung khi cắt tử cung bán phần là 1,07% [6]. Biến chứng sau mổ duy nhất là nhiễm khuẩn có 4 trường hợp chiếm 6,5%. Theo Bernd Bojahr nghiên cứu kết quả sau PTNS cắt tử cung bán phần tỷ lệ biến chứng sau mổ chung là 1,18% [8], trong đó có 1 trường hợp áp xe cùng đồ sau phẫu thuật. Do đó, tỷ lệ tai biến biến chứng của PTNS cắt tử cung bán phần là thấp.

V. KẾT LUẬN

PTNS cắt tử cung bán phần với sự hỗ trợ của máy bào tổ chức điều trị u xơ tử cung kích thước lớn được thực hiện thường quy, hiệu quả, an toàn tại Bệnh viện Quân y 103. Với những u xơ kích thước lớn, ở vị trí đặc biệt, dính nặng ổ bụng đặc biệt tiểu khung việc phẫu tích cẩn trọng bó mạch tử cung khống chế mạch máu quyết định đến phần lớn thành công của phẫu thuật. Thận trọng khi thao tác gần các cấu trúc niệu quản, bàng quang giúp hạn chế tối đa nguy cơ tai biến, biến chứng của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reich H., Decaprio J., Mcglynn F. (1989) Laparoscopic hysterectomy. Journal of Gynecologic Surgery. 5 (2): 213-216.
2. Semm K. (1991) Hysterectomy via laparotomy or pelviscopy. A new CASH method without colpotomy. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 51 (12): 996-1003.
3. Shahid A., Sankaran S., Odejinmi F. (2011)

- Laparoscopic subtotal hysterectomy for large uteri using modified five port technique. Archives of gynecology obstetrics. 283 (1): 79-81.
4. **Alperin M., Kivnick S., Poon K. Y. T.** (2012) Outpatient laparoscopic hysterectomy for large uteri. Journal of Minimally Invasive Gynecology. 19 (6): 689-694.
 5. **Perkins R. B., Handal-Orefice R., Hanchate A. D. et al.** (2016) Risk of undetected cancer at the time of laparoscopic supracervical hysterectomy and laparoscopic myomectomy: implications for the use of power morcellation. Women's Health Issues. 26 (1): 21-26.
 6. **Grosse-Drieling D., Schlutius J. C., Altgassen C. et al.** (2012) Laparoscopic supracervical hysterectomy (LASH), a retrospective study of 1,584 cases regarding intra-and perioperative complications. Archives of gynecology obstetrics. 285 (5): 1391-1396.
 7. **Nguyễn Tuấn Hải** (2018) Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh. Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường đại học y dược Thái Nguyên.
 8. **Bojahr B., Tchartchian G., Ohlinger R.** (2009) Laparoscopic supracervical hysterectomy: a retrospective analysis of 1000 cases. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 13 (2): 129.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH CÓ QUÁ PHÁT MÒM MÓC ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2018-2020

Nguyễn Thái Dương*, Lê Phi Nhạn*, Dương Hữu Nghị**, Châu Chiêu Hòa**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mòm móc quá phát là yếu tố góp phần làm hẹp khe bán nguyệt và phếu sàng làm cản trở sự dẫn lưu hệ thống nhầy lông chuyển của nhóm xoang trước. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mòm móc được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2018-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mòm móc được phẫu thuật nội soi. **Kết quả:** Các triệu chứng cơ năng gồm nghẹt mũi (95,4%), chảy mũi (92,3%), rối loạn khứu giác (9,2%), đau nhức sọ mặt (69,2%). Triệu chứng qua nội soi mũi gồm niêm mạc mũi phù nề nhẹ (61,5%), dịch hốc mũi trong nhầy loãng (49,2%), mòm móc quá phát hai bên (50,8%). Viêm xoang độ II theo thang điểm Lund-Mackay trên CT scan chiếm tỷ lệ cao nhất với 72,3%. Điểm bám đầu trên mòm móc vào xương giầy thường gặp nhất với 58,5%. **Kết luận:** Năm vũng đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mòm móc có ý nghĩa quan trọng trong phẫu thuật nội soi.

Từ khóa: viêm mũi xoang mạn tính, mòm móc quá phát, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES OF CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH HYPERTROPHIED UNCINATE PROCESS

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Dương

Email: ntduong137@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 9.5.2022

PERFORMED ENDOSCOPIC SURGERY

AT CAN THO ENT HOSPITAL 2018-2020

Background: Hypertrophied uncinat process is a contributing factor causing narrowing of the hiatus semilunaris, the ethmoid infundibulum and affecting the mucociliary clearance of anterior sinuses. **Objectives:** Determining clinical, subclinical features of chronic rhinosinusitis with hypertrophied uncinat process performed endoscopic surgery at Can Tho ENT Hospital 2018-2020. **Materials and Methods:** Cross-sectional descriptive on 65 patients diagnosed chronic rhinosinusitis with hypertrophied uncinat process performed endoscopic surgery. **Results:** Symptoms included nasal blockage (95.4%), nasal discharge (92.3%), smell disorders (9.2%), facial pain (69.2%). Nasal endoscopic signs consisted of mild oedema of nasal mucosa (61.5%), clean and thin discharge (49.2%), bilateral hypertrophied uncinat process (50.8%). Stage II of Lund-Mackay scale on CT scan was the highest percentage with 72.3%. Superior attachment of uncinat process inserted into lamina papyracea was the most common with 58.5%. **Conclusions:** Mastering clinical, subclinical features of chronic rhinosinusitis with hypertrophied uncinat process plays important role in endoscopic surgery.

Keywords: chronic rhinosinusitis, hypertrophied uncinat process, endoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường cấu trúc giải phẫu các thành phần trong hốc mũi và các xoang cạnh mũi là một vấn đề thường gặp trên lâm sàng, là một trong những nguyên nhân gây viêm mũi xoang [1], [5]. Mòm móc quá phát là yếu tố góp phần làm hẹp khe bán nguyệt và phếu sàng làm cản trở sự dẫn lưu hệ thống nhầy lông chuyển của nhóm xoang trước. Việc chẩn đoán tiền phẫu để phát hiện mòm móc quá phát còn giúp tránh việc tổn