

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ Y TẾ**
ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HỒ CHÍ MINH

NGUYỄN TRIỀU VIỆT

**ĐẶC ĐIỂM CẤU TRÚC VÀ CAN THIỆP
CÁC BẤT THƯỜNG VAN MŨI TRONG
QUA NỘI SOI**

Chuyên ngành: **Tai Mũi Họng**

Mã số: 62720155

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH - NĂM 2016

Công trình được hoàn thành tại:

ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HỒ CHÍ MINH

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS.TRẦN MINH TRƯỜNG

2. PGS.TS.LÂM HUYỀN TRÂN

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp trường

Họp tại:.....

Vào hồigiờ.....ngày.....tháng...năm.....

Có thể tìm luận án tại :

1.Thư viện Quốc gia Việt Nam

2.Thư viện khoa học tổng hợp TP.HCM

3.Thư viện Đại học Y Dược TP HCM

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề

Trong khoảng 10 năm gần đây, y văn thế giới đã công bố các nghiên cứu về van mũi trong qua nội soi bao gồm: hình dạng cấu trúc, trị số góc van mũi trong và can thiệp phẫu thuật.

Các nghiên cứu về hình dạng và chỉ số góc van mũi trong đã được các tác giả như Miman, Ichimura, Suh đã đề cập đến. Bên cạnh đó, đối với phẫu thuật can thiệp các bất thường van mũi trong qua nội soi điều trị nghẹt mũi là các nghiên cứu của Clark và Bassiouny.

Hiện nay, ở Việt Nam các nghiên cứu liên quan về vấn đề van mũi trong rất ít, Nguyễn Thị Thanh Thúy sử dụng các dạng mảnh ghép chỉnh hình van mũi bằng đường mổ hở.

Các khía cạnh như: hình thái cấu trúc, đánh giá bất thường... đặc biệt, trị số góc van mũi trong và can thiệp các bất thường van mũi trong qua nội soi hiện nay chưa có nghiên cứu nào được công bố tại Việt Nam, vì vậy với mong muốn tìm hiểu sâu hơn về vấn đề này, đặc biệt, ở đối tượng là người Việt Nam là động lực để chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: Đặc điểm cấu trúc và can thiệp các bất thường van mũi trong qua nội soi.

Với các mục tiêu cụ thể như sau:

1. Khảo sát đặc điểm cấu trúc van mũi trong qua nội soi theo phân loại của Miman.
2. Xác định trị số góc van mũi trong qua nội soi bằng phần mềm Autocad 2007.

3. Đánh giá hiệu quả can thiệp các bất thường cấu trúc của vách mũi bên, vách ngăn và cuốn mũi dưới tại khu vực van mũi trong gây nghẹt mũi qua nội soi bằng bảng NOSE và nội soi.

2. Tính cấp thiết của đề tài

Hiện nay, các nghiên cứu tại Việt Nam và nước ngoài can thiệp phẫu thuật bằng đường mổ hở hay qua nội soi điều trị nghẹt mũi mạn tính thường chỉ chú trọng đơn lẻ đến một trong các yếu tố như vách ngăn, cuốn mũi dưới và vách mũi bên. Việc đánh giá và can thiệp đồng thời cả ba yếu tố trên qua nội soi như là những tác nhân phối hợp gây nên tình trạng bất thường van mũi trong gây nghẹt mũi mạn tính ở bệnh nhân hầu như chưa có nghiên cứu nào được công bố. Bên cạnh đó, hình thái cấu trúc, đặc biệt, trị số góc van mũi trong ở những người không có than phiền nghẹt mũi mạn tính chưa có nghiên cứu nào được công bố tại Việt Nam.

3. Những đóng góp mới của luận án

Kết quả nghiên cứu đã đóng góp những thông tin mới còn thiếu về hình dạng cấu trúc van mũi trong qua nội soi gồm 6 dạng là: góc nhọn, góc tù, lồi đuôi, lõm đuôi và góc hình thành bởi thân vách ngăn.

Trị số góc van mũi trong bước đầu được xác định tại Việt Nam qua nội soi bằng phần mềm AutoCad 2007 là: 26.80 ± 9.28^0 ; Nhỏ nhất là 9^0 và lớn nhất là 51^0 .

Đây là nghiên cứu bước đầu tại Việt Nam sử dụng nội soi trong việc đánh giá trước phẫu thuật và trong quá trình phẫu thuật cùng lúc cả 03 yếu tố cấu trúc tác động đến sự thông thoáng van mũi trong bao gồm: vách mũi bên, vách ngăn và cuốn mũi dưới, cùng với

đó là việc áp dụng kỹ thuật đặt mảnh ghép dài khu vực van mũi trong qua nội soi với sự cải tiến trong việc tạo khoang (hốc) để đặt mảnh ghép và kỹ thuật khâu cố định mảnh ghép dạng ống khí. Kết quả cải thiện tốt nghẹt mũi sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện chỉ 2-3 ngày, không gây dính, sẹo khu vực hốc mũi và bên ngoài mũi.

4. Bố cục luận án

Luận án gồm 120 trang: phần đặt vấn đề 3 trang, tổng quan tài liệu 35 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 28 trang, kết quả nghiên cứu 20 trang, bàn luận 31 trang, kết luận 2 trang, kiến nghị 1 trang. Có 50 hình, 50 bảng và 70 tài liệu tham khảo (04 tài liệu tham khảo tiếng Việt và 66 tài liệu tiếng nước ngoài).

NỘI DUNG LUẬN ÁN

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1 Định nghĩa xác định van mũi, van mũi ngoài, van mũi trong và góc van mũi trong:

Định nghĩa xác định van mũi theo Hội Tai Mũi Họng Hoa Kỳ, các tác giả André, Cole, Bloching: van mũi, phần van mũi trong và van mũi ngoài được mô tả về mặt giải phẫu là khu vực cắt ngang của khoang mũi chiếm tổng trở kháng lớn nhất đối với dòng khí qua mũi, do vậy tác động chính đến việc hít vào.

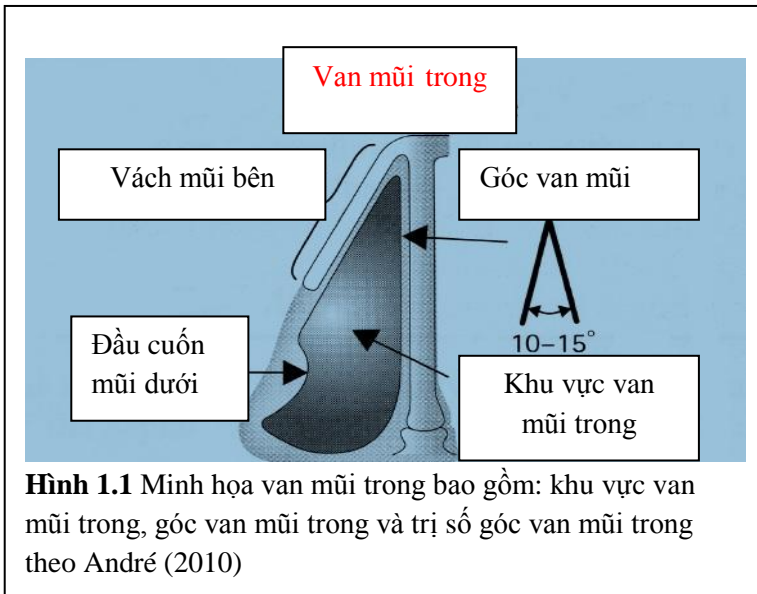
Van mũi ngoài: được xác định là khu vực của tiền đình, dưới cánh mũi, hình thành bởi đuôi vách ngăn, trụ giữa của các sụn cánh mũi, rìa cánh mũi và thềm cửa mũi.

Van mũi trong: nằm khoảng 1.3cm từ cửa mũi và tương ứng với khu vực nằm bên dưới sụn cánh mũi bên trên, giới hạn giữa là

lưng vách ngăn, bên dưới là đầu cuộn dưới và phía bên là sụn cánh mũi bên trên. Góc van mũi trong: góc được hình thành bởi sụn vách ngăn và sụn cánh mũi bên trên, trị số ở người châu Âu là $10-15^{\circ}$.

1.2 Giải phẫu van mũi trong

Van mũi trong là phân khúc ba chiều hẹp nhất của toàn bộ đường thở ở mũi và được bao bởi những yếu tố sau:



. Phía bên trên là rìa đuôi của sụn cánh mũi bên trên; Phía bên là tam giác trống được hình thành bởi mô sợi-mỡ; Phía bên dưới bởi rìa của sụn cánh mũi bên dưới; Ở giữa bởi vách ngăn; Phía giữa dưới bởi gai mũi trước; Phía dưới bởi sàn mũi và gờ trước hố lê; Phía sau bởi đầu cuộn mũi dưới.

1.3 Các nghiên cứu về hình dạng cấu trúc và góc van mũi trong qua nội soi

Miman (2006) là người đầu tiên và duy nhất cho đến hiện nay thực hiện một nghiên cứu đầy đủ và chi tiết về các hình thái cấu trúc van mũi trong qua nội soi. Phân loại có được bao gồm 6 loại khác nhau với kết quả tương ứng như sau: góc hình thành bởi thân vách ngăn 52%, góc nhọn 21.77%, góc tù 10.48%, dạng lõm đuôi 9.27%, dạng lõm đầu 4.84%, dạng xoắn đầu 1.61%.

Ichimura (1997) xác định được trị số góc của 160/232 (69%) bên mũi với giá trị trung bình là 28.9 ± 6.3 nhỏ nhất 16^0 , lớn nhất 45^0 .

1.4 Vai trò nghiệm pháp Cottle và Cottle cải tiến và nghiệm pháp que thăm dò mô phỏng mảnh ghép trong đánh giá van mũi trong

Nghiệm pháp Cottle được sử dụng toàn cầu bởi các nhà mũi học, đại diện cho tính thống nhất của khu vực van mũi.

Nghiệm pháp Cottle cải tiến dùng que thăm bông loại thường dùng ở tai bao gồm 2 thao tác để đánh giá 2 vị trí bất thường là sụn cánh mũi bên dưới và sụn cánh mũi bên trên.

Nghiệm pháp que thăm dò mô phỏng mảnh ghép

André (2004) và cộng sự lần đầu mô tả việc thực hiện nghiệm pháp mô phỏng mảnh ghép trong việc đánh giá bệnh nhân bằng cách dùng đầu que thăm bông đặt vào đỉnh của góc van mũi trong giống như vị trí được mong đợi sẽ đặt mảnh ghép dài khi phẫu thuật thực tế xem bệnh nhân có cải thiện nghẹt mũi không. Dựa vào kết quả đánh giá để quyết định can thiệp phẫu thuật.

1.5 Các thăm dò khách quan và mối tương quan với cảm nhận chủ quan của bệnh nhân

Theo Hội Tai Mũi Họng Hoa Kỳ, André, Miman hiện tại không có phương pháp thăm dò khách quan nào là tiêu chuẩn vàng

đối với bất thường van mũi, vách ngăn và cuốn mũi dưới. Hai thăm dò chức năng là đo khí áp mũi và đo sóng âm mũi không đạt được sự nhất trí để được xem như là một thăm dò hữu ích đối với bất thường van mũi. Chỉ duy nhất nội soi được nhất trí trong việc đánh giá bất thường van mũi. Cảm nhận chủ quan của bệnh nhân về sự thông thoáng, khi đánh giá bằng các bảng được lượng giá vẫn mang lại thông tin giá trị nhất liên quan đến mức độ nghẹt mũi

1.6 Can thiệp các bất thường van mũi trong gây nghẹt mũi

Theo nhận định của một loạt các tác giả thực hiện nghiên cứu về phẫu thuật khu vực van mũi trong như: Fung, Cannon, Yoo, Buyten, Constantinides... việc can thiệp các yếu tố bất thường cấu trúc khu vực van mũi trong gây nghẹt mũi nên bao gồm: vách mũi bên, vách ngăn và cuốn mũi dưới. Ba yếu tố này được đề cập đến như là những nguyên nhân không thể bỏ qua khi đánh giá trên những bệnh nhân nghẹt mũi do bất thường van mũi trong

1.7 Kỹ thuật can thiệp chỉnh hình van mũi trong

Năm 1984 Sheen đưa ra kỹ thuật đặt mảnh ghép dài khu vực van mũi trong. Kỹ thuật này có thể thực hiện qua đường mổ hở hay tiếp cận trong mũi và gần đây là qua nội soi. Nội soi đặt mảnh ghép dài lần đầu tiên được tác giả Clark Huang và cộng sự thực hiện năm 2006 trên 8 xác. Bassiouny (2010) là người đầu tiên mô tả kỹ thuật đặt mảnh ghép dài qua nội soi để chữa ngáy và nghẹt mũi trên 17 bệnh nhân với hiệu quả mang lại tốt. Các tác giả ghi nhận việc sử dụng nội soi mang lại giá trị trong việc bóc tách chính xác niêm mạc ở khu vực van mũi trong tránh xé rách niêm mạc và xơ dính sau phẫu thuật.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Phương pháp nghiên cứu trên những người không có than phiền nghẹt mũi mạn tính xác định hình dạng van mũi trong, trị số góc van mũi trong và các cấu trúc khác tại van mũi trong.

2.1.1 Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

2.1.2 Phương pháp chọn mẫu: ngẫu nhiên thuận tiện. Số mẫu thu được là 139 trường hợp (278 bên hốc mũi)

2.1.3 Đối tượng chọn mẫu: các sinh viên Y-Nha-Dược của trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2.1.4 Cách thức chọn mẫu: các sinh viên Y-Nha-Dược của trường Đại học Y Dược Cần Thơ không có than phiền nghẹt mũi mạn tính trên 3 tháng. Nơi thực hiện nghiên cứu: Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Thời gian thực hiện: từ tháng 12 năm 2011 đến tháng 12 năm 2014

2.1.5 Tiêu chuẩn loại trừ:

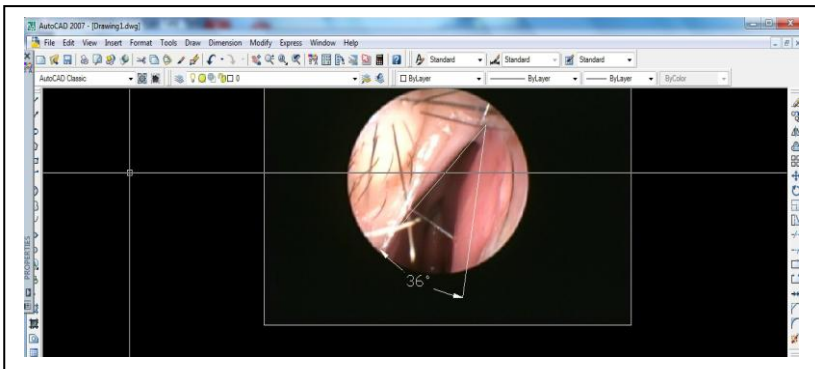
Nhỏ hơn 18 tuổi; Đã được phẫu thuật vách ngăn, cuốn dưới và tháp mũi trước đó; Những trường hợp chấn thương khu vực giữa mặt; Đang đợt viêm mũi xoang cấp

2.1.6 Phương tiện và điều kiện nghiên cứu: các thiết bị nội soi chân đoán, phần mềm thu chụp hình ảnh, ống soi Karl Storz 0⁰, 4mm. Phần mềm dùng để đo trị số góc van mũi trong là Autocad phiên bản 2007. Phần mềm dùng để xem và phân tích cấu trúc khu vực van mũi trong là Windows Photo Viewer.

2.1.7 Phương pháp lấy mẫu: 139 sinh viên tham gia nghiên cứu được nội soi mỗi bên mũi 2 lần trước và sau khi xịt thuốc co mạch tại chỗ.

Phương thức soi và vị trí ghi nhận hình ảnh khu vực van mũi trong để phân tích được thực hiện như mô tả của Miman và Ichimura.

Ống soi được đưa vào hốc mũi song song với rìa đuôi của sụn cánh mũi bên trên để chụp hình khu vực van mũi trong. Tiếp tục điều chỉnh ống soi xuống khu vực thấp phía sàn mũi ghi hình cuốn mũi dưới và phần thấp của vách ngăn. Trong quá trình soi, ghi hình không để ống soi chạm vào các cấu trúc trong hốc mũi. Cách đo xác định trị số góc van mũi trong được thực hiện trên các cửa sổ của phần mềm AutoCad 2007.



Hình 2.1 Minh họa kết quả sau khi xác định trị số góc van mũi trong bằng phần mềm AutoCad 2007

Cách đo xác định trị số góc van mũi trong được thực hiện trên các cửa sổ của phần mềm AutoCad 2007.

2.2 Phương pháp nghiên cứu can thiệp trên bệnh nhân có bất thường các cấu trúc của vách ngăn, vách mũi bên và cuốn dưới tại khu vực van mũi trong gây nghẹt mũi:

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: can thiệp không nhóm chứng

2.2.2 Số mẫu thực hiện được từ tháng 12 năm 2011 đến tháng 01 năm 2015 là 35 bệnh nhân

2.2.3 Đối tượng chọn mẫu: các bệnh nhân đến khám tại Phòng khám Tai Mũi Họng, Bệnh viện trường Đại Học Y Dược Cần Thơ với than phiền chính yếu là nghẹt mũi mạn tính trên 3 tháng.

2.2.4 Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Các bệnh nhân có than phiền nghẹt mũi mạn tính với đánh giá nguyên nhân là do bất thường các cấu trúc khu vực van mũi trong bao gồm: vách mũi bên, vách ngăn và cuốn mũi dưới có chỉ định can thiệp phẫu thuật nội soi một hoặc tất cả các yếu tố trên.

2.2.5 Tiêu chuẩn loại trừ và chống chỉ định phẫu thuật: có các bệnh lý đi kèm không thể sử dụng phương pháp gây mê toàn thân; Đang đợt viêm mũi xoang cấp; Nghẹt mũi do các nguyên nhân khác như: polyp mũi, khối u...

2.2.6 Cách thức chọn lựa phương thức phẫu thuật: khám và đánh giá thu thập thông tin hoàn thành bệnh án nghiên cứu

2.2.6.1 Khám thường quy bằng đèn đội đầu khu vực hốc mũi hai bên, đánh giá các bất thường sơ bộ và quan sát hiện tượng sụp lõm cánh mũi khi hít vào xác định có hay không dấu hiệu này để đánh giá mức độ vững chắc của vách mũi bên.

2.2.6.2 Soi đánh giá hốc mũi bao gồm cấu trúc van mũi trong, vách ngăn và cuốn mũi dưới.

2.3 Xử lý số liệu: Các kết quả của cả hai nhóm nghiên cứu sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

2.4 Phương pháp phẫu thuật dựa trên kết quả đánh giá từng bất thường cấu trúc khu vực van mũi trong như sau:

+ Khi van mũi trong của bệnh nhân có sụp vách mũi bên khi hít vào, kết hợp với nghiệm pháp Cottle và Cottle dương tính tương ứng với sụp khu vực sụn cánh mũi bên trên, cùng với nghiệm pháp que thăm dò mô phỏng mảnh ghép dương tính sẽ được thực hiện chỉnh hình van mũi trong bằng kỹ thuật đặt mảnh ghép dài qua nội soi. Với sự cải tiến của việc tạo khoang (hốc) để đặt mảnh ghép dài và sử dụng kỹ thuật khâu cố định mảnh ghép dạng ống khí.

+ Nếu bệnh nhân có lệch vách ngăn phát hiện trên nội soi có ảnh hưởng đến khu vực van mũi trong thì thực hiện chỉnh hình vách ngăn qua nội soi.

+ Nếu bệnh nhân có cải thiện nghẹt mũi sau xịt thuốc co mạch và đánh giá mức độ quá phát theo Friedman sẽ cần can thiệp đốt điện cuốn dưới qua nội soi bằng dao điện đơn cực.

Dựa vào kết quả đánh giá trên mỗi bệnh nhân, xác định được các yếu tố bất thường cấu trúc là vách mũi bên, vách ngăn và cuốn dưới tác động riêng lẻ hay phối hợp đến khu vực van mũi trong gây nghẹt mũi ở một bên hốc mũi hay cả hai bên hốc mũi.

Tiếp theo, các phương thức phẫu thuật nội soi được chọn tùy vào yếu tố cấu trúc gây nghẹt mũi bao gồm: chỉnh hình van mũi trong bằng cách đặt mảnh ghép dài cho sụp khu vực sụn cánh mũi bên trên của vách mũi bên, chỉnh hình vách ngăn khi lệch vách ngăn ảnh hưởng sự thông thoáng van mũi trong và đốt điện cuốn dưới khi quá phát cuốn dưới gây giảm thông thoáng van mũi trong.

Các kỹ thuật can thiệp trên sẽ được thực hiện riêng lẻ hay phối hợp qua nội soi ở một bên hay hai bên hốc mũi cùng lúc.

2.5 Phân nhóm phẫu thuật: trong số 35 bệnh nhân phẫu thuật sau khi thăm khám được chia làm 02 nhóm:

Nhóm 01 bao gồm 17 bệnh nhân được thực hiện can thiệp: chỉnh hình van mũi trong và chỉnh hình vách ngăn và/hoặc chỉnh hình cuốn dưới 01 bên hay 02 bên.

Nhóm 02 bao gồm 18 bệnh nhân được thực hiện can thiệp: chỉnh hình vách ngăn và chỉnh hình cuốn mũi dưới 01 bên hay 02 bên.



Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả nghiên cứu đặc điểm cấu trúc van mũi trong trên đối tượng không than phiền nghẹt mũi mạn tính

Tổng số sinh viên tham gia nghiên cứu là 139

3.1.1 Tuổi và giới tính: nam 61 (43.9 %) nữ 78 (56.1%)

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 21.2 ± 1.4 , nhỏ nhất 18, lớn nhất 26. Trong nhóm nghiên cứu có tỉ lệ nữ nhiều hơn nam.

3.1.2 Tỉ lệ các dạng van mũi trong qua nội soi

Góc nhọn 32.01%, góc tù 12.23%, dạng lõm đuôi 5.04%, dạng lồi đuôi 5.04%, góc hình thành bởi thân vách ngăn 34.1% và dạng xoắn đuôi 11.51%.

3.1.3 Kết quả trị số góc van mũi trong được xác định qua nội soi bằng phần mềm autocad 2007.

Tổng số có 117 góc van mũi trong được xác định trị số trên tổng số 278 bên hốc mũi được khảo sát, tỉ lệ là 117/278 (42.1%). Kết quả xác định trị số góc của 117 van mũi trong được xác định của nghiên cứu này 26.80 ± 9.28^0 . Nhỏ nhất là 9^0 , lớn nhất là 51^0 .

3.1.4 Kết quả đánh giá lệch vách ngăn theo phân loại của Hong Ryul-Jin

Kết quả ghi nhận tỉ lệ cong-gập góc không có vẹo khu trú chiếm tỉ lệ cao nhất 37.4%, tiếp theo là loại xem như thẳng hoàn toàn chênh lệch không đáng kể so với loại cong-gập góc tỉ lệ là 37.1% sau đó là vẹo khu trú, và cong-gập góc có vẹo khu trú.

3.1.5 Kết quả đánh giá quá phát cuốn mũi dưới theo phân loại của Friedman

Ghi nhận qua nội soi trước khi xịt thuốc co mạch cho thấy tỉ lệ cuốn mũi dưới độ II chiếm tỉ lệ cao nhất là 56.5%, tiếp đó là độ III 30.9%, độ I là 6%. Sau khi xịt co mạch có sự thay đổi đáng kể về mức độ quá phát cuốn mũi dưới với tỉ lệ độ I là 80.2%, độ II là 18.7%, độ III chỉ còn 1.1%.

3.2 Kết quả nhóm can thiệp phẫu thuật các bất thường cấu trúc vách mũi bên, vách ngăn và cuốn dưới tại khu vực van mũi trong gât nghẹt mũi

3.2.1 Số mẫu, giới tính và tuổi nhóm can thiệp (70 bên mũi)

Nam 24 (68.6%), nữ 11 (31.4%). Thống kê cho thấy trong nhóm nghiên cứu nam nhiều hơn 2 lần so với nữ. Tuổi trung bình là 32, nhỏ nhất 17, lớn nhất là 54.

3.2.2 Kết quả các loại phẫu thuật

Kết quả ghi nhận trên 35 bệnh nhân phẫu thuật gồm 02 nhóm là (1) chỉnh hình vách ngăn và chỉnh hình cuốn dưới ở 18 bệnh nhân và (2) chỉnh hình van mũi trong và chỉnh hình vách ngăn có hoặc không chỉnh hình cuốn mũi dưới 01 bên hay 02 bên ở 17 bệnh nhân.

3.2.3 Kết quả khám và đánh giá bằng các nghiệm pháp

Số bệnh nhân có sụp lõm cánh mũi bên khi khám là 17 bệnh nhân với tổng cộng 20 bên bao gồm bên phải là 07, bên trái là 13.

Số bệnh nhân dương tính với nghiệm pháp Cottle và Cottle cải tiến tương ứng với sụp khu vực sụn cánh mũi bên trên là 17 bệnh nhân với 20 bên bao gồm bên phải là 07, bên trái là 13. Đối với nghiệm pháp dùng que thăm dò mô phỏng mảnh ghép dương tính ở 17 bệnh nhân với 20 bên bao gồm bên phải là 07, bên trái là 13.

Từ các kết quả đánh giá trên số van mũi trong bị sụp khu vực sụn cánh mũi bên trên của vách mũi bên là 20 bên, trong đó 07 bên phải và 13 bên trái.

3.2.4 Các dạng van mũi trong ở nhóm phẫu thuật

Dạng góc hình thành bởi thân vách ngăn chiếm tỉ lệ cao nhất 32.3%, dạng góc tù 27.1%, góc nhọn 22.9% tiếp theo là dạng lõm đuôi 8.6%, xoắn phần đuôi 7.1% và ít nhất là dạng lồi đuôi 1.4%.

3.2.5 Kết quả đánh giá vách ngăn trước và sau phẫu thuật

Trong nhóm bệnh nhân can thiệp tỉ lệ bệnh nhân có vách ngăn bị cong-gập góc có vẹo khu trú chiếm tỉ lệ cao nhất là 45.7%, kế tiếp là nhóm cong-gập góc không có vẹo khu trú tỉ lệ 30%. Tuy nhiên không ghi nhận được trường hợp nào cả hai bên phải và trái của vách ngăn thẳng hoàn toàn trên cùng một bệnh nhân.

Kết quả sau phẫu thuật: các vách ngăn được can thiệp không ghi nhận lệch tác động đến van mũi trong. Ghi nhận khác: có 01 trường hợp thủng nhỏ vách ngăn (khoảng 4mm) sau phẫu thuật.

3.2.6 Kết quả đánh giá cuốn dưới trước và sau phẫu thuật

Nội soi cuốn dưới ở bệnh nhân trước can thiệp phẫu thuật cho thấy tỉ lệ độ II và độ III chiếm hơn 90%, còn lại độ I chỉ chiếm 8.6%. Kết quả sau phẫu thuật cho thấy số lượng cuốn mũi dưới quá phát độ I chiếm đa số 65/70 bên. Ghi nhận 01 trường hợp xoang hơi cuốn dưới ở các bệnh nhân phẫu thuật.

3.2.7 Kết quả đánh giá thay đổi mức độ nghẹt mũi trước và sau phẫu thuật

Điểm NOSE trung bình cho 35 trường hợp trước phẫu thuật là 78.75 theo thang điểm 0-100 và 3.15 theo thang điểm 0-4. Đánh giá ở thời điểm kết thúc nghiên cứu NOSE giảm còn 4.75 theo thang điểm 0-100, và 0.19 theo thang điểm 0-4. Với 31.4% bệnh nhân không còn nghẹt mũi và 68.6% còn nghẹt mũi rất ít.

3.2.8 Nguyên nhân phẫu thuật

Nguyên nhân chủ yếu để bệnh nhân cần phẫu thuật trong nghiên cứu này là những bất thường bẩm sinh gây nên bất thường khu vực van mũi trong bao gồm: vách ngăn, cuốn dưới và vách mũi bên chiếm tỉ lệ 32/35 bệnh nhân.

3.2.9 Kết quả trị số góc van mũi trong trước và sau phẫu thuật

Kết quả ghi nhận trị số góc van mũi trong trung bình trước phẫu thuật của 17 bệnh nhân với 20 bên góc van mũi trong có đặt mảnh ghép dài là 14.6° . Kết quả tương ứng sau phẫu thuật là 19.9° .

3.2.10 Kết quả sau can thiệp cuốn dưới

Kết quả cho thấy tỉ lệ cuốn mũi dưới quá phát độ I tăng dần theo thời gian sau phẫu thuật.

Ghi nhận sau phẫu thuật sau khi xịt thuốc co mạch 15 phút, 100% cuốn dưới đáp ứng tốt về độ I.

3.2.11 Các ghi nhận khác liên quan việc theo dõi chăm sóc sau phẫu thuật

. Thời gian lưu merocel 01 ngày và nằm viện trung bình là 2-3 ngày.

. Hiện tượng phù nề, sẹo bên ngoài mũi không có.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1 Kết quả ở nhóm không có than phiền nghẹt mũi mạn tính

4.1.1 Số mẫu nghiên cứu, tuổi và giới:

Nghiên cứu của Miman (2006), số mẫu là 128; Nghiên cứu của Ichimura (1997) số mẫu là 126; Nghiên cứu của chúng tôi số mẫu là 139. So với hai nghiên cứu của Miman (2006) và Ichimura (1997) số lượng mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương. Đối với tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu, độ tuổi trung bình của chúng tôi nhỏ hơn đáng kể so với nhóm nghiên cứu của Ichimura 21.2 so với 47.7. Nhưng khác biệt là không đáng kể so với độ tuổi trong nhóm nghiên cứu của Miman. Sự khác biệt này do đối tượng chọn mẫu của chúng tôi là các sinh viên năm 1-3 với độ tuổi của lứa tuổi này là từ 18-22.

4.1.2 Kết quả các dạng van mũi trong qua nội soi

Bảng 4.1 So sánh kết quả các dạng van mũi trong qua nội soi

Dạng van mũi trong	Nghiên cứu của Miman	Nghiên cứu của chúng tôi
Góc nhọn	54 (21.8%)	89 (32%)
Góc tù	26 (10.4%)	34 (12.2%)
Dạng lõm đuôi	12 (4.9%)	14 (5%)
Dạng lõm đầu	23 (9.3%)	14 (5%)
Góc hình thành bởi thân vách ngăn	129 (52%)	95 (34.2%)
Dạng xoắn đuôi	4 (1.6%)	32 (11.6%)

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ các dạng van mũi trong so với tỉ lệ tương ứng trong nghiên cứu của Miman có sự khác biệt có thể giải thích là do cấu trúc tháp mũi trên người Việt Nam khác rõ rệt so với cấu trúc tháp mũi của người Châu Âu trong nghiên cứu của Miman. Sự khác biệt này theo nghiên cứu của Ts Trần Thị Anh Tú, cho thấy mũi người Việt Nam có những đặc điểm của người da vàng: mũi thấp, sống mũi lõm chiếm tỉ lệ cao, cánh mũi phồng. Mũi người Việt Nam ngắn, thấp và ít nhô hơn người da trắng.

4.1.3 Xác định góc van mũi và trị số góc van mũi qua nội soi dùng phần mềm AutoCad 2007:

Bảng 4.2 So sánh kết quả trị số góc van mũi trong

Nghiên cứu	Trị số góc	Số van mũi trong được xác định trị số góc
Miman (2006)	Không có trị số chung	89/248 bên
Ichimura (1997)	28.9 ± 6.3^0 <i>Nhỏ nhất 16^0, lớn nhất 45^0</i>	160/232 bên
Nghiên cứu của chúng tôi	26.8 ± 9.28^0 <i>Nhỏ nhất 9^0, lớn nhất 51^0</i>	117/278 bên

Kết quả nghiên cứu của Miman không có trị số góc chung cho tất cả các van mũi trong đo được. Tác giả chia làm 03 nhóm với kết quả tương ứng của 03 dạng van mũi trong khác nhau là góc nhọn, dạng lõm đuôi và dạng lồi đuôi và không xác định được trị số góc van mũi trong ở các dạng xoắn đuôi, góc tù và góc hình thành bởi thân vách ngăn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc xác định trị số góc van mũi trong ở các dạng góc tù, xoắn đuôi và góc hình thành bởi thân vách ngăn cũng không thực hiện do không xác định được đỉnh và góc chính xác (thật sự) ở những dạng này để đo trị số góc. Chúng tôi xác định trị số góc ở từng dạng góc nhọn, lõm đuôi và lồi đuôi và trị số chung cho cả 03 nhóm như kết quả trên.

Ichimura không chia từng loại để tính, chỉ nêu kết quả trung bình của nam và nữ và kết quả chung của cả hai giới như trên là 28.9 ± 6.3^0 , nhỏ nhất 16^0 và lớn nhất 45^0 . Kết quả của chúng tôi là 26.8 ± 9.28^0 , nhỏ nhất 9^0 và lớn nhất 51^0 .

So sánh các kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy kết quả của chúng tôi gần tương đương với kết quả của tác giả Ichimura. Điều này có thể lý giải có được là do sự tương đồng về mặt chủng tộc là người da vàng-Châu Á với cấu trúc tháp mũi tương tự nhau.

Xét đến trị số góc của người phương tây, các tài liệu đều đề cập trị số là $10-15^0$ được Mink đưa ra vào năm 1903. Tuy nhiên, cho đến nay không có diễn giải nào đầy đủ về nguồn gốc của thông tin về trị số góc này được đưa ra như trên.

Do vậy với kết quả của chúng tôi thu được về chỉ số góc van mũi trong lần đầu tiên được nghiên cứu trên một nhóm người Việt Nam không có than phiền nghẹt mũi mạn tính và kết quả có được từ nghiên cứu của Ichimura chỉ có thể xem như trị số góc van mũi trong của Châu Á gấp đôi trị số góc của người phương tây.

4.2 Bàn luận kết quả trên nhóm bệnh nhân được can thiệp các bất thường cấu trúc khu vực van mũi trong gây nghẹt mũi

4.2.1 Bàn luận về số mẫu và giới tính trong nghiên cứu can thiệp

Số mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi (N=35) cao hơn của Constantinides (N=19), nếu so với chỉ nhóm người Châu Á trong nghiên cứu của Yoo (N=41), nghiên cứu của chúng tôi có số mẫu cao hơn khoảng gần 30%. So với nghiên cứu của André thì nghiên cứu của chúng tôi ít hơn.

4.2.2 Bàn luận về việc đánh giá trước phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi và ba nghiên cứu của Yoo, André, Constantinides, việc đánh giá trước phẫu thuật để đưa ra chỉ định can thiệp bao gồm các phần sau:

- . Đánh giá bất thường vách mũi bên của khu vực van mũi trong bằng nghiệm pháp Cottle và Cottle cải tiến và sử dụng thêm nghiệm pháp mô phỏng mảnh ghép giống như mô tả của André, giúp xác định bất thường khu vực van mũi trong là do hẹp góc van mũi trong và sụp sụn cánh mũi bên trên.

- . Thăm khám thường quy và qua nội soi xác định các bất thường khác của vách ngăn và cuốn mũi dưới tác động đến khu vực van mũi trong để quyết định can thiệp phẫu thuật hai cấu trúc này như trong nghiên cứu của Yoo và ý kiến của Buyten.

- . Đánh giá kết quả phẫu thuật bằng bảng tự đánh giá của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật theo hướng dẫn năm 2010 của Hội Tai Mũi Họng Hoa Kỳ và các tác giả André, Yoo, Constantinides.

- . Các nghiên cứu được tham khảo ở trên không sử dụng các phương pháp thăm dò khách quan như đo khí áp mũi hay đo sóng âm mũi để đánh giá và so sánh kết quả trước và sau phẫu thuật van mũi trong. Tương tự, trong nghiên cứu này, chúng tôi không sử dụng các phương pháp thăm dò khách quan để chẩn đoán các bất thường van mũi trong trước phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật, việc này phù hợp với hướng dẫn của Hội Tai Mũi Họng Hoa Kỳ, các tác giả André, Bloching: "hiện nay, chưa có một phương pháp thăm dò khách quan nào là tiêu chuẩn vàng" và "đo lường kết quả được ghi nhận bởi bệnh nhân quan trọng hơn các đo lường khách quan".

4.2.3 Đánh giá về chỉ định phẫu thuật

Nghiên cứu của ba tác giả nước ngoài được đề cập ở trên và nghiên cứu của chúng tôi khi đề cập đến can thiệp các bất thường khu vực van mũi là sự phối hợp của nhiều hơn một kỹ thuật để có thể sửa chữa một cách tương đối đầy đủ các bất thường cấu trúc khu vực van mũi trong bao gồm: vách mũi bên, vách ngăn và cuốn mũi dưới.

Việc xem các yếu tố vách ngăn, cuốn mũi dưới, và vách mũi bên như các yếu tố tác động đến sự thông thoáng khu vực van mũi trong và can thiệp các thành phần này là phù hợp với những khuyến cáo của Buyten, Marc Bloching, Rhee, Cannon và của Hội Tai Mũi Họng Hoa Kỳ. Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào trên thế giới sử dụng nội soi để đánh giá và phẫu thuật đồng thời cả ba yếu tố bất thường khu vực van mũi trong là vách mũi bên, vách ngăn và cuốn mũi dưới như nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.4 Bàn luận về kết quả phẫu thuật

4.2.4.1. Thay đổi hình dạng và mức độ lệch vẹo vách ngăn

Chúng tôi nhận thấy: qua can thiệp bằng nội soi các lệch vách ngăn mang lại kết quả tốt, điều chỉnh được các bất thường tác động lên khu vực van mũi trong. Tỷ lệ biến chứng thấp, chỉ ghi nhận 01 trường hợp thủng vách ngăn nhỏ khoảng 4mm và không gây khó chịu.

4.2.4.2 Thay đổi cuốn dưới trước và sau phẫu thuật

Kết quả cho thấy 100% số trường hợp có sự thay đổi đáng kể mức độ quá phát của cuốn mũi dưới sau phẫu thuật cộng với sự không còn độ III khi soi và tất cả đáp ứng tốt với thuốc co mạch xịt mũi khi trở về độ I. So sánh kết quả sau phẫu thuật với kết quả có được trên đối tượng không có than phiền nghẹt mũi, có thể nhận thấy

sự thay đổi đáng kể về mức độ quá phát của cuốn dưới sau khi được can thiệp phẫu thuật.

4.2.4.3 Bàn luận về sự thay đổi điểm NOSE trước và sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật điểm NOSE giảm xuống ở mức gần như nghẹt mũi không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Kết quả này có được là do việc kết hợp giữa các đánh giá về hình ảnh học qua ghi nhận trên nội soi giúp xác định chính xác vị trí lệch, mức độ lệch của vách ngăn tác động trên khu vực van mũi trong cùng với sự thay đổi mức độ quá phát của cuốn dưới và sử dụng các nghiệm pháp Cottle, Cottle cải tiến, nghiệm pháp que thăm dò mô phỏng mảnh ghép để xác định sụp, lõm của vách mũi bên.

4.2.4.4 Thay đổi trị số góc van mũi trong

Bảng 4.3 So sánh trị số góc van mũi trong ở nhóm can thiệp trước phẫu thuật và ở nhóm không có than phiền nghẹt mũi

Trị số góc van mũi trong	Nhóm không nghẹt mũi	Nhóm can thiệp trước phẫu thuật
	26.8 ⁰	14.6 ⁰

Kết quả so sánh cho thấy trị số góc van mũi trong trung bình ở nhóm can thiệp đặt mảnh ghép dài nhỏ hơn nhiều so với trị số ở những người không có than phiền nghẹt mũi. Thông tin này góp phần lý giải được hiện tượng nghẹt mũi xảy ra trên những bệnh nhân khi có trị số góc van mũi nhỏ hơn trị số trung bình của những người không than phiền nghẹt mũi.

Bảng 4.4 Thay đổi trị số góc van mũi trong trước và sau phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi 20 bên mũi được đặt mảnh ghép dài	Trị số góc van mũi trong Trước phẫu thuật	Trị số góc van mũi trong Sau phẫu thuật	Tỉ lệ trị số góc gia tăng
	14.6 ⁰	19.9 ⁰	36.4%

Kết quả cho thấy sự thay đổi đáng kể trị số góc van mũi trong trước và sau khi can thiệp với sự gia tăng 36.4%. Mặc dù trị số góc sau phẫu thuật gia tăng chưa tới mức trung bình ở những người không có than phiền nghẹt mũi 19.9⁰ so với 26.8⁰ nhưng hiệu quả đem lại rất cao với những trường hợp bệnh nhân không còn cảm giác nghẹt mũi.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm cấu trúc van mũi trong trên 139 người không có than phiền nghẹt mũi mạn tính và phẫu thuật trên 35 bệnh nhân có bất thường cấu trúc khu vực van mũi trong gây nghẹt mũi tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

1. Kết quả ở nhóm 139 người không có than phiền nghẹt mũi mạn tính bao gồm: 61 nam và 78 nữ. Số lượng các dạng cấu trúc khu vực van mũi trong dựa theo phân loại của Miman qua nội soi là: góc nhọn 32.01%, góc tù 12.23%, dạng lõm đuôi 5.04%, dạng lõi đuôi 5.04%, góc hình thành bởi thân vách ngăn 34.17% và dạng xoắn đuôi 11.51% .

2. Trị số góc van mũi trong được xác định qua nội soi và bằng phần mềm Autocad 2007 trên 139 người không có than phiền nghẹt mũi mạn tính là 26.8 ± 9.28^0 ; Nhỏ nhất là 9^0 và lớn nhất là 51^0 .

3. Kết quả sau can thiệp phẫu thuật nội soi các bất thường cấu trúc khu vực van mũi trong bao gồm: vách mũi bên, vách ngăn và cuốn mũi dưới gây nghẹt mũi là:

. Cải thiện đáng kể cảm giác nghẹt mũi trên 35 bệnh nhân với 31.4% bệnh nhân không còn nghẹt mũi sau phẫu thuật và 68.6% bệnh nhân nghẹt mũi ảnh hưởng rất ít.

. Tăng 36.4% trị số góc van mũi trong từ 14.6^0 lên 19.9^0 ở các bệnh nhân được can thiệp bằng kỹ thuật đặt mảnh ghép dài qua nội soi với kỹ thuật khâu cố định mảnh ghép bằng kỹ thuật cố định khít dạng ống, có cải tiến bằng cách tạo khoang (hốc) chứa mảnh ghép, bước đầu được thực hiện tại Việt Nam.

. Các lệch vách ngăn và cuốn mũi dưới sau khi được can thiệp không còn ảnh hưởng đến sự thông thoáng khu vực van mũi trong.

. Việc sử dụng nội soi trong đánh giá và can thiệp cả ba bất thường về cấu trúc khu vực van mũi trong gây nghẹt mũi bao gồm: vách mũi bên, vách ngăn và cuốn mũi dưới giúp hạn chế những biến chứng phẫu thuật, can thiệp ngay trong lúc phẫu thuật những biến chứng.

Kiến nghị

1. Thực hiện thêm các nghiên cứu khác trên những đối tượng dân tộc khác nhau hiện đang sinh sống tại Việt Nam để có kết quả trị số góc van mũi trong chính xác và dạng cấu trúc van mũi trong của người Việt Nam.

2. Cần sự phối hợp giữa các bộ môn chuyên khoa Tai Mũi Họng của các cơ sở đào tạo trong cả nước và các Hội Tai Mũi Họng để đưa ra một hướng dẫn chung trong việc đánh giá và can thiệp các bất thường khu vực van mũi trong bao gồm: (1) tiêu chuẩn chẩn đoán, (2) phương thức can thiệp: trường hợp nào cần phẫu thuật hở, trường hợp nào dùng đường trong mũi, trường hợp nào cần phẫu thuật nội soi hoặc khi nào cần phối hợp các kỹ thuật tiếp cận khác nhau. Bên cạnh đó là việc sử dụng các dạng mảnh ghép khác nhau cần được định hướng chọn lựa trên mỗi trường hợp cụ thể.

3. Việc đánh giá vách mũi bên cần được lưu ý đến trong quá trình can thiệp các nghẹt mũi mạn tính cùng với đó là đánh giá vách ngăn và cuốn mũi dưới như là những yếu tố gắn kết với nhau gây nên bất thường khu vực van mũi trong trên mỗi bệnh nhân đến khám.

4. Bảng lượng giá về than phiền nghẹt mũi của bệnh nhân cần được phối hợp thực hiện thống nhất để thuận tiện cho việc đánh giá và so sánh các kết quả giữa những nghiên cứu khác nhau.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI ĐÃ CÔNG BỐ

1. Nguyễn Triều Việt, Trần Minh Trường, Lâm Huyền Trân (2015), “Trị số góc van mũi trong được xác định qua nội soi”. *Tạp chí Y Học Thực Hành số 4 (958)*, tr. 14-16.
2. Nguyễn Triều Việt, Trần Minh Trường, Lâm Huyền Trân (2015), “Đặc điểm cấu trúc van mũi trong qua nội soi”. *Tạp chí Y Học Thực Hành số 4 (958)*, tr. 84-86.
3. Nguyễn Triều Việt, Trần Minh Trường, Lâm Huyền Trân (2015), “Đánh giá hiệu quả can thiệp các bất thường cấu trúc vùng vách mũi bên, vách ngăn và cuốn mũi dưới tại khu vực van mũi trong gây nghẹt mũi qua nội soi trên 35 bệnh nhân tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ”. *Tạp chí Y Học Thực Hành số 5 (964)*, tr. 12-15.