

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI,  
CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT  
ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG DO DỊ HÌNH MŨI XOANG  
TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2019-2021**

*Phùng Văn Sang<sup>1\*</sup>, Hồ Lê Hoài Nhân<sup>2</sup>, Dương Hữu Nghị<sup>1</sup>*

*1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*2. Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ*

*\*Email: sangtvbst@gmail.com*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Dị hình mũi xoang là những thay đổi cấu trúc giải phẫu của các thành phần nằm trong hốc mũi và các xoang cạnh mũi. Các dị hình thường phối hợp cùng nhau tạo nên một bệnh cảnh đa dạng và phức tạp. Chẩn đoán chính xác và đầy đủ loại dị hình là rất quan trọng để đưa ra phương pháp phẫu thuật thích hợp nhằm đạt hiệu quả điều trị cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi, chụp cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm xoang do dị hình mũi xoang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 109 bệnh nhân được chẩn đoán viêm xoang mạn tính có dị hình mũi xoang. **Kết quả:** Các triệu chứng cơ năng gồm nghẹt mũi (94,5%), chảy mũi (78%), đau căng nặng mặt (90,8%), rối loạn khứu giác (8,3%). Tỷ lệ các loại dị hình: lệch, vẹo vách ngăn (78,9%), xoang hơi và đảo chiều cuốn mũi giữa (41,3%), cuốn mũi dưới quá phát (24,8%), móm móc quá phát (32,1%), bóng sàng quá phát

(45,9%), tế bào đê mũi quá phát (25,7%), tế bào Haller quá phát (18,3%). Phối hợp  $\geq 3$  loại dị hình chiếm đa số với 56,9%. Viêm nhóm xoang hàm và sàng trước thường gặp nhất với 66,6% và 45,9%. Sau 3 tháng triệu chứng cơ năng và thực thể qua nội soi mũi cải thiện rõ rệt. Đánh giá sau phẫu thuật 3 tháng kết quả tốt đạt 85,3%, trung bình 11,9% và xấu 2,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị viêm xoang do dị hình mũi xoang đạt hiệu quả điều trị cao.

**Từ khóa:** Dị hình mũi xoang, viêm xoang mạn tính, phẫu thuật nội soi.

## ABSTRACT

### INVESTIGATING THE FEATURES OF CLINICAL, ENDOSCOPIC, COMPUTED TOMOGRAPHY AND THE RESULTS OF ENDOSCOPIC SURGERY FOR TREATMENT CHRONIC SINUSITIS BY SINONASAL ANATOMICAL VARIANTS AT CAN THO ENT HOSPITAL IN 2019-2021

*Phung Van Sang<sup>1</sup>, Ho Le Hoai Nhan<sup>2</sup>, Duong Huu Nghi<sup>1</sup>*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Ear-Nose-Throat Hospital

**Background:** Sinonasal anatomical variants are structural anatomical changes in the nasal cavity and paranasal sinuses. The anatomical variants often combined create a diverse and complex clinical. Accurate and complete diagnosis anatomical variants are significant to give the appropriate surgical method to get high-efficiency treatment. **Objectives:** Describe the features of clinical, endoscopic, computed tomography and evaluate the results of endoscopic surgery for treating chronic sinusitis by sinonasal anatomical variants. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive on 109 patients diagnosed chronic sinusitis with sinonasal anatomical variants. **Results:** Symptoms included nasal obstruction (94.5%), nasal discharge (78%), headache (90.8%), hyposmia (8.3%). Ratio of anatomical variants: deviated nasal septum (78.9%), concha bullosa and reversed middle concha (41.3%), inferior concha hypertrophied (24.8%), uncinat hypertrophied (32.1%), ethmoid bulla hypertrophied (45.9%), agger nasi cells hypertrophied (25.7%), Haller cells hypertrophied (18.3%). The combination  $\geq 3$  variants account for the majority with 56.9%. Maxillary sinusitis and anterior ethmoid sinusitis are most common with 66.6% and 45.9%. After 3 months, the symptoms and nasal endoscopic signs improved significantly. Evaluating the results after 3 months of surgery showed that good with 85.3%, average 11.9% and bad with 2.8%. **Conclusion:** Endoscopic surgery for treating chronic sinusitis by sinonasal anatomical variants get high efficiency.

**Keywords:** Sinonasal anatomical variants, chronic sinusitis, endoscopic surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị hình mũi xoang (DHMX) là những thay đổi cấu trúc giải phẫu của các thành phần nằm trong hốc mũi và các xoang cạnh mũi bao gồm: vách ngăn, cuốn mũi, mòm móc, bóng sàng, các tế bào mũi và xoang cạnh mũi... ảnh hưởng tới sự lưu thông không khí và vận chuyển dịch trên vách mũi xoang gây ra viêm xoang. Các dị hình (DH) thường không đơn độc mà phối hợp cùng nhau tạo nên một bệnh cảnh đa dạng và phức tạp khiến cho việc điều trị trở nên khó khăn nếu không được chẩn đoán chính xác.

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, sự tương quan giữa lâm sàng, nội soi và hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) giúp ích cho các nhà lâm sàng trong quá trình chẩn đoán bệnh, lên kế hoạch phẫu thuật một cách có hiệu quả. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi và chụp CLVT ở bệnh nhân viêm xoang do DHMX tại BV Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2019-2021; 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm xoang do DHMX tại BV Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2019-2021.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm xoang mạn tính (VXMT) do DHMX được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ 02/2019-03/2021.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán VXMT theo tiêu chuẩn EPOS 2012, có DHMX phát hiện qua khám lâm sàng, nội soi mũi xoang và chụp CLVT, được phẫu thuật nội soi mũi xoang và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân VXMT do các nguyên nhân: chấn thương, u, răng, suy giảm miễn dịch... viêm xoang tái phát sau phẫu thuật, có bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Trong thời gian nghiên cứu, chọn toàn bộ 109 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

#### Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh.

Triệu chứng cơ năng chính: nghẹt mũi, chảy mũi, rối loạn khứu giác và đau căng nặng mặt, đánh giá mức độ nặng triệu chứng qua thang điểm VAS.

Đặc điểm hình ảnh cấu trúc mũi xoang trên nội soi và CLVT: niêm mạc, dịch hốc mũi, vách ngăn, cuốn mũi giữa, cuốn mũi dưới, mòm móc, bóng sàng, tế bào đê mũi, tế bào Haller, các xoang viêm và mức độ viêm xoang theo Lund-Mackay.

Đánh giá về phẫu thuật nội soi: loại phẫu thuật, tai biến trong lúc phẫu thuật, ghi nhận các triệu chứng cơ năng chính theo thang điểm VAS và triệu chứng thực thể qua nội soi trong các lần tái khám 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

Đánh giá chung kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn EPOS 2012 chia làm 3 mức độ:

- Tốt: kiểm soát hoàn toàn các triệu chứng, không rối loạn giấc ngủ và nội soi mũi xoang có niêm mạc mũi bình thường.

- Trung bình: kiểm soát một phần các triệu chứng, còn rối loạn giấc ngủ và nội soi mũi xoang có hồ mủ ứ đọng dịch nhầy, mủ đặc, niêm mạc còn viêm phù nề, sung huyết.

- Xấu: không kiểm soát các triệu chứng, có  $\geq 3$  triệu chứng, còn rối loạn giấc ngủ và nội soi mũi xoang có hồ mủ ứ đọng dịch nhầy, mủ đặc, niêm mạc thoái hóa.

#### Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu:

Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng, nội soi và CLVT mũi xoang trước phẫu thuật.

Tiến hành phẫu thuật nội soi mũi xoang, đánh giá trong lúc phẫu thuật.

Theo dõi và chăm sóc hậu phẫu, hẹn bệnh nhân tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Ghi nhận các triệu chứng cơ năng, hình ảnh nội soi sau phẫu thuật và biến chứng, đánh giá kết quả chung của phẫu thuật.

**Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Bằng chương trình SPSS 18.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 109 bệnh nhân (60,6% nam và 39,4% nữ), độ tuổi trung bình  $38,5 \pm 12,7$ , thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm chiếm 55,0%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, nội soi và chụp CLVT mũi xoang

**- Triệu chứng cơ năng**

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng chính (n=109)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nghẹt mũi	103	94,5
Chảy mũi	85	78,0
Đau căng nặng mắt	99	90,8
Rối loạn khứu giác	9	8,3

Nhận xét: Trong DHMX triệu chứng phổ biến nhất là nghẹt mũi với 94,5%, rối loạn khứu giác ít gặp nhất chiếm tỷ lệ 8,2%.

**- Đặc điểm nội soi và chụp CLVT mũi xoang**

Bảng 2. Tỷ lệ chung các loại dị hình (n=109)

Dị hình	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lệch, vẹo vách ngăn	86	78,9
Xoang hơi và đảo chiều cuộn giữa	45	41,3
Cuốn dưới quá phát	27	24,8
Mòm móc quá phát	35	32,1
Bóng sàng quá phát	50	45,9
Tế bào đê mũi quá phát	28	25,7
Tế bào Haller quá phát	20	18,3

Nhận xét: Lệch, vẹo vách ngăn thường gặp nhất với 78,9%, thấp hơn là bóng sàng quá phát 45,9%, ít gặp nhất là dị hình tế bào Haller với 18,3%.

Bảng 3. Sự phối hợp các loại dị hình (n=109)

Dị hình		Số lượng	Tỷ lệ
Đơn thuần		12	11,0
Phối hợp	2 loại	35	32,1
	≥3 loại	62	56,9

Nhận xét: Dị hình mũi xoang phối hợp ≥3 loại chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,9%, dị hình đơn thuần chỉ chiếm 11,0%.

Bảng 4. Các xoang viêm trên CT scan (n=218)

Xoang viêm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Xoang hàm	145	66,6
Xoang trán	46	21,1
Xoang sàng trước	100	45,9
Xoang sàng sau	68	31,2
Xoang bướm	57	26,1

Nhận xét: Nhóm viêm xoang hàm và sàng trước chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,6% và 45,9%, ít nhất là viêm xoang trán với 21,1%.

Bảng 5. Liên quan giữa dị hình đơn thuần với mức độ viêm xoang (n=12)

Dị hình		Mức độ viêm xoang			
		Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Đơn thuần	Vách ngăn	10 (83,3)	0	0	0
	Cuốn mũi giữa	0	1 (8,3)	0	0
	Cuốn mũi dưới	1 (8,3)	0	0	0
	Tổng	11 (91,7)	1 (8,3)	0	0

Nhận xét: Trong dị hình đơn thuần, đa số viêm xoang ở mức độ nhẹ, mức độ viêm

xoang giữa các loại dị hình không có sự khác biệt (phép kiểm chính xác Fisher).

Bảng 6. Liên quan giữa phối hợp 2 loại dị hình với mức độ viêm xoang (n=35)

Dị hình		Mức độ viêm xoang			
		Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Phối hợp 2 loại	Vách ngăn-cuốn mũi	14 (40,0)	2 (5,7)	0	0
	Vách ngăn-khe giữa	4 (11,4)	2 (5,7)	3 (8,6)	0
	Cuốn mũi-khe giữa	0	1 (2,9)	1 (2,9)	1 (2,9)
	2 cấu trúc khe giữa	0	3 (8,6)	2 (5,7)	2 (5,7)
Tổng		18 (51,4)	8 (22,9)	6 (17,1)	3 (8,6)

Nhận xét: Mức độ viêm xoang giữa các loại phối hợp có sự khác biệt: dị hình vách ngăn-cuốn mũi viêm xoang chỉ ở độ I và II, dị hình cuốn mũi-khe giữa và 2 cấu trúc khe giữa viêm xoang từ độ II-IV. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  (phép kiểm chính xác Fisher).

Bảng 7. Liên quan giữa phối hợp  $\geq 3$  loại dị hình với mức độ viêm xoang (n=62)

Dị hình		Mức độ viêm xoang			
		Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Phối hợp $\geq 3$ loại	Vách ngăn-cuốn giữa-cuốn dưới	4 (6,5)	2 (3,2)	0	0
	Vách ngăn-cuốn mũi-khe giữa	7 (11,3)	11 (17,7)	2 (3,2)	6 (9,7)
	Cuốn giữa-cuốn dưới-khe giữa	0	1 (1,6)	0	0
	Vách ngăn-2 cấu trúc khe giữa	3 (4,8)	4 (6,5)	5 (8,1)	7 (11,3)
	Cuốn mũi-2 cấu trúc khe giữa	2 (3,2)	1 (1,6)	2 (3,2)	2 (3,2)
	$\geq 3$ cấu trúc khe giữa	0	0	1 (1,6)	2 (3,2)
Tổng		16 (25,8)	19 (30,6)	10 (16,1)	17 (27,4)

Nhận xét: Dị hình vách ngăn-cuốn giữa-cuốn dưới viêm xoang chỉ ở độ I và II, khi có một cấu trúc dị hình khe giữa tham gia vào thì mức độ viêm xoang nặng hơn nhưng vẫn chủ yếu ở độ II, khi có  $\geq 2$  cấu trúc dị hình khe giữa tham gia vào thì mức độ viêm xoang nặng nhất chủ yếu ở độ III và IV.

### 3.3. Đánh giá kết quả điều trị

#### - Triệu chứng cơ năng chính sau phẫu thuật

Bảng 8. Triệu chứng cơ năng chính sau phẫu thuật (n=109)

Triệu chứng	Trước PT	Sau 1 tuần	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
Nghẹt mũi	103 (94,5)	95 (87,2)	61 (56,0)	24 (22,0)
Chảy mũi	85 (78,0)	71 (65,1)	44 (40,4)	20 (18,3)
Đau căng nặng mặt	99 (90,8)	55 (50,5)	39 (35,8)	18 (16,5)
Rối loạn khứu giác	9 (8,3)	7 (6,4)	4 (3,7)	3 (2,8)

Nhận xét: Triệu chứng nghẹt mũi và đau căng nặng mặt cải thiện nhiều nhất giảm từ 90,8% xuống 16,5% và từ 94,5% xuống 22,0%.

#### - Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật

Bảng 9. Triệu chứng thực thể trên nội soi sau phẫu thuật (n=109)

Nội soi		1 tuần		1 tháng		3 tháng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Dịch	Không dịch	37	33,9	53	48,6	70	64,2
	Nhầy trong, loãng	33	30,3	40	36,7	29	26,6
	Nhầy đục, đặc	33	30,3	13	11,9	7	6,4
	Mủ vàng xanh, đặc	6	5,5	3	2,8	3	2,8
Niêm	Bình thường	37	33,9	53	48,6	68	62,4

mạc	Nội soi	1 tuần		1 tháng		3 tháng	
		SL	%	SL	%	SL	%
	Phù nề nhẹ	54	49,5	48	44,0	33	30,3
	Phù nề nặng	18	16,5	8	7,3	8	7,3
Sẹo	Không sẹo	27	24,8	54	49,5	66	60,6
	Sẹo ít	65	59,6	42	38,5	38	34,9
	Sẹo nhiều	17	15,6	13	11,9	5	4,6
Vây	Không vây	21	19,3	67	61,5	93	85,3
	Vây ít	72	66,1	38	34,9	14	12,8
	Vây nhiều	16	14,7	4	3,7	2	1,8

Nhận xét: Sau phẫu thuật 3 tháng đa số là không dịch 64,2%, dịch nhầy đục, đặc được cải thiện nhiều nhất. Niêm mạc bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 62,4%. Sau mổ 3 tháng đa số là không sẹo 60,6%, sẹo nhiều chỉ chiếm 4,6%, không vây chiếm tỷ lệ cao nhất 85,3%, chỉ có 2 trường hợp vây nhiều chiếm 1,8%.

**- Đánh giá kết quả chung của phẫu thuật**

Bảng 10. Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật 3 tháng (n=109)

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	93	85,3
Trung bình	13	11,9
Xấu	3	2,8

Nhận xét: Đạt kết quả tốt sau phẫu thuật chiếm nhiều nhất với 85,3%, trung bình 11,9%, có 3/109 bệnh cho kết quả xấu chiếm 2,8%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi và chụp CLVT mũi xoang**

Trên 109 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận triệu chứng cơ năng chính thường gặp nhất là nghẹt mũi với 94,5%, kế đến là đau căng nặng mắt 90,8% và chảy mũi 78,0%. Rối loạn khứu giác ít gặp nhất với 8,2%. Nghẹt mũi chiếm cao nhất tương đồng với lý do khiến bệnh nhân đi khám và phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác: Nguyễn Thanh Phú (98,1%) [4], Nguyễn Thái Dương (96,49%) [1], Nguyễn Công Hoàng (81,3%) [2]. Nghẹt mũi trong VXMT do DHMX là do các bất thường cấu trúc như vách ngăn lệch, phì đại cuốn mũi, xoang hơi cuốn giữa... làm ảnh hưởng thông khí và vận chuyển niêm dịch mũi xoang, gây ra phù nề niêm mạc mũi, tăng tiết và ứ đọng dịch nhầy càng tăng lên tạo nên vòng xoắn bệnh lý, từ đó dẫn đến tình trạng viêm xoang.

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ các loại dị hình: lệch, vẹo vách ngăn thường gặp nhất chiếm 78,9%, thấp hơn là bóng sáng quá phát 45,9%, xoang hơi và đảo chiều cuốn giữa 41,3%, ít gặp nhất là dị hình tế bào Haller với 18,3%. Chúng tôi cũng so sánh với các tác giả khác: Nguyễn Thanh Phú (vách ngăn 91,3%, cuốn giữa 26%, mòm móm 13,5%, bóng sáng 4,8%, Haller 4,8%) [4], Dương Đình Lương (vách ngăn 54,1%, cuốn giữa 38,7%, mòm móm 29%, bóng sáng 9,7%, đê mũi 16,1%, Haller 46,5%) [3], Abbas Shokri (vách ngăn 90,4%, cuốn giữa 53,6%, đê mũi 47,6%) [7], Vandana Mendiratta (vách ngăn 72,5%, cuốn giữa 47,5%, Haller 7,5%) [8]. Kết quả nghiên cứu tương đồng với các tác giả trong nước ghi nhận dị hình vách ngăn mũi chiếm tỷ lệ cao nhất dao động từ 54,1% đến 91,3%, dị hình tế bào Haller ít gặp nhất dao động từ 4,8% đến 25,6%. Khi so sánh với các tác giả nước ngoài tuy tỷ lệ giữa các dị hình có sự khác biệt nhưng nhìn chung cũng cho kết quả tương tự khi dị hình vách ngăn chiếm tỷ lệ cao nhất và dị hình tế bào Haller chiếm tỷ lệ thấp hơn các loại dị hình khác cho

thấy sự tương đồng nhất định trong cấu trúc mũi xoang giữa các vùng khác nhau trên thế giới.

DHMX phối hợp  $\geq 3$  loại dị hình chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,9% trong đó loại phổ biến nhất là phối hợp dị hình vách ngăn-cuốn mũi-khe giữa, tiếp đến là phối hợp 2 loại dị hình chiếm 32,1%, phổ biến nhất trong loại này là phối hợp dị hình vách ngăn-cuốn mũi. Dị hình đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11,0% cho thấy các loại dị hình trên lâm sàng không đơn độc mà hay phối hợp cùng nhau, nếu chẩn đoán không chính xác hoặc bỏ sót thì sẽ rất khó khăn trong phẫu thuật và hiệu quả điều trị không đạt kết quả mong muốn.

Trong hình thái dị hình đơn thuần, đa số viêm xoang đều ở độ 1 và 2. Ở các dị hình này xoang bị ảnh hưởng thường ở cùng bên do sự ảnh hưởng của dị hình chủ yếu đến sự lưu thông không khí hơn là ảnh hưởng đến vận chuyển niêm dịch nên đa số sự tắc nghẽn là không hoàn toàn, hình ảnh viêm xoang trên CLVT thể hiện bằng mờ không hoàn toàn, mức độ viêm xoang giữa các loại dị hình cũng không có sự khác biệt.

Mức độ viêm xoang trong phối hợp 2 loại dị hình đã có sự khác biệt: dị hình vách ngăn-cuốn mũi nhẹ nhất khi viêm xoang chỉ ở độ I và II, dị hình vách ngăn-khe giữa bắt đầu nặng hơn với viêm xoang độ 3, dị hình cuốn mũi-khe giữa và 2 cấu trúc khe giữa là nặng nhất với viêm xoang từ độ II-IV. Điều này cho thấy sự ảnh hưởng của dị hình vách ngăn hoặc cuốn mũi đến mức độ viêm xoang là không lớn mà thay vào đó là sự tham gia một cấu trúc khe giữa như: mòm móm, bóng sàng, tế bào đê mũi, tế bào Haller sẽ quyết định mức độ nặng của viêm xoang nhiều hơn. Sự khác biệt giữa các loại dị hình trong phối hợp 2 loại này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  trong phép kiểm chính xác Fisher.

Mức độ viêm xoang trong phối hợp  $\geq 3$  loại dị hình có sự khác biệt: dị hình vách ngăn-cuốn giữa-cuốn dưới nhẹ nhất khi viêm xoang chỉ ở độ I và II, khi có một cấu trúc dị hình khe giữa tham gia vào dị hình thì mức độ viêm xoang nặng hơn nhưng vẫn chủ yếu ở độ II, khi có  $\geq 2$  cấu trúc dị hình khe giữa tham gia vào dị hình thì mức độ viêm xoang nặng nhất chủ yếu ở độ III và IV. Qua kết quả trên ta thấy vai trò của các dị hình cấu trúc khe giữa như: mòm móm, bóng sàng, tế bào đê mũi, tế bào Haller đến mức độ viêm xoang là cao hơn so với các loại dị hình khác tương tự như đối với phối hợp 2 loại dị hình như đã phân tích ở trên.

#### 4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Các triệu chứng cơ năng chính đều giảm dần qua các lần tái khám sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng, nhiều nhất là đau căng nặng mặt từ 90,8% xuống 16,5%, nghẹt mũi từ 94,5% xuống 22,0%, chảy mũi từ 78,0% xuống 18,3%, sự cải thiện triệu chứng này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  (kiểm định McNemar). Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Thái Dương [1], Nguyễn Lưu Trình [6]. Sau 3 tháng đa số hốc mũi là không dịch 64,2%, niêm mạc hốc mũi phục hồi tốt với niêm mạc bình thường 62,4%, chỉ còn 7,3% phù nề mọng và 4,6% có xơ dính hốc mũi.

Việc đánh giá kết quả điều trị chúng tôi dựa trên sự cải thiện về triệu chứng cơ năng qua thăm khám và triệu chứng thực thể trên nội soi sau 3 tháng, trong đó kết quả tốt đạt 85,3%, trung bình 11,9%, xấu 2,8%. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Lưu Trình ghi nhận kết quả tốt và khá đạt 84,4% [6], Klot Sovanara ghi nhận 83,9% hết và giảm đau sau phẫu thuật [5]. Đây là kết quả khả quan, cho thấy hiệu quả cao trong điều trị VXMT do DHMX, giúp bệnh nhân cải thiện chất lượng cuộc sống.

## V. KẾT LUẬN

Nghẹt mũi và đau căng nặng mặt là hai triệu chứng cơ năng phổ biến nhất. Dị hình thường gặp nhất là lệch, vẹo vách ngăn, bóng sàng quá phát và ít gặp nhất là tế bào Haller

quá phát. Đa số dị hình là phối hợp  $\geq 3$  loại. Vai trò của các dị hình cấu trúc khe giữa (DH mỏm móc, DH bóng sàng, DH tế bào đê mũi, DH tế bào Haller) đến mức độ viêm xoang là cao hơn so với các loại dị hình khác, phối hợp càng nhiều loại dị hình thì mức độ viêm xoang trên lâm sàng càng nặng. Qua các kết quả điều trị cho thấy phẫu thuật nội soi điều trị viêm xoang do dị hình mũi xoang đạt hiệu quả điều trị cao.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thái Dương (2020), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mỏm móc tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2018-2020”, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
2. Nguyễn Công Hoàng (2017), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và thực trạng một số bệnh Tai Mũi Họng trên bệnh nhân có dị hình hốc mũi qua thăm khám nội soi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học Việt nam*, 454(1), tr.287-290.
3. Dương Đình Lương (2017), “Đối chiếu các loại dị hình mũi xoang và triệu chứng lâm sàng viêm mũi xoang”, *Tạp chí nghiên cứu y học* 108(3), tr.111-118.
4. Nguyễn Thanh Phú (2015), “Nghiên cứu sự liên quan giữa dị hình hốc mũi với viêm xoang có chỉ định phẫu thuật qua lâm sàng, nội soi và chụp cắt lớp vi tính”, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Dược Huế, Huế.
5. Klot Sovanara (2010), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, chụp cắt lớp vi tính của dị hình mũi xoang gây đau nhức sọ mặt mạn tính”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Nguyễn Lưu Trình (2015), “Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm mũi xoang mạn tính”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Huế.
7. Abbas Shokri, Mohammad Javad Faradmal *et al.* (2019), “Correlations between anatomical variations of the nasal cavity and ethmoidal sinuses on cone-beam computed tomography scans”, *Imaging Science Dentistry*, 49(2), pp.103-113.
8. Vandana Mendiratta (2016), “Sinonasal Anatomical Variants: CT and Endoscopy Study and Its Correlation with Extent of Disease”, *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 68(3), pp.352-358.

(Ngày nhận bài: 20/8/2021 - Ngày duyệt đăng: 20/10/2021)

---