

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ
KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NẠO V.A QUÁ PHÁT BẰNG DAO CẮT
HÚT LIÊN TỤC QUA NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN TRÊN 15 TUỔI
TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ**

Châu Trà Linh*, Dương Hữu Nghị

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: ctlinh1212@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo tiến trình phát triển thông thường, V.A phát triển to khi trẻ ở độ tuổi 6-10 tuổi và sau đó teo dần sau 15 tuổi. Việc V.A quá phát ở người trưởng thành thì không phổ biến, hay còn gọi là V.A tồn lưu. Có nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến việc V.A quá phát ở người trên 15 tuổi. Một tỷ lệ nhỏ những bệnh nhân V.A quá phát này có thể chuyển sản thành mô ung thư. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nạo V.A quá phát bằng dao cắt hút liên tục qua nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân trên 15 tuổi được chẩn đoán V.A quá phát và được chỉ định nạo V.A bằng phương pháp cắt hút liên tục qua

nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 102 trường hợp V.A quá phát (55 nam và 47 nữ), có độ tuổi từ 15-59 tuổi. Đa số bệnh nhân có V.A quá phát độ II với 60,8%. Triệu chứng hay gặp của các bệnh nhân là nghẹt mũi, chảy mũi sau, đau đầu, ù tai, nuốt vướng. Trong 102 bệnh nhân này chúng tôi có 51 trường hợp nạo V.A đơn thuần và 51 trường hợp nạo V.A phối hợp phẫu thuật khác (chỉnh hình vách ngăn/chỉnh hình cuốn mũi/mở xoang hàm, sàng/cắt amidan/vá nhĩ/tạo hình tai giữa/đặt ống thông khí). **Kết luận:** Sau phẫu thuật 3 tháng, hầu hết các triệu chứng cơ năng đều cải thiện so với trước mổ. Giải phẫu bệnh mô V.A ra lành tính 95,7%, 2,9% tổn thương lymphô biểu mô chưa loại trừ carcinoma và 1,4% carcinoma.

Từ khóa: V.A quá phát, nạo V.A, dao cắt hút liên tục, giải phẫu bệnh.

ABSTRACT

STUDYING THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSESSING THE RESULTS OF ADENOIDECTOMY BY MICRODEBRIDER IN THE PATIENTS FROM 15 YEARS OLD AT CAN THO EAR NOSE THROAT HOSPITAL

Chau Tra Linh*, Duong Huu Nghi

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The size of the adenoid increases up to the age from 6 to 10 years, then slowly atrophies and completely disappears at the age of 16 years. Adenoid hypertrophy was considered uncommon in adults. Because of various causes, the adenoid is hypertrophic in adults. Less may become cancer cell. **Objectives:** To describe the clinical features, subclinical characteristic and assess the result of adenoidectomy by microdebrider. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study and prospective design with patients (from 15 years old) who suffer from hypertrophy adenoid, were treated with microdebrider under nasal endoscopic at Can Tho Ear Nose Throat Hospital. **Results:** Of 102 cases, 55 were males and 47 were females. Patients aged between 15-59 years. Most of them had the grade II hypertrophy adenoid with 60.8%. Common symptoms were nasal congestion, post nasal discharge, headache, tinnitus, scratchy throat. We divide patients into 2 groups. The first group was operated adenoidectomy. The other was performed adenoidectomy and various operative types (septoplasty, turbinoplasty, ethmoidectomy, tonsillectomy, tympanoplasty, ossiculoplasty, ventilation tubes insert). **Conclusion:** After 3 months of surgery, most of functional symptoms improved compared to before surgery. There are 95.7% benign histopathology, 2.9% atypical reactive and 1.4% carcinoma.

Keywords: Adenoid hypertrophy, Adenoidectomy, microdebrider, histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

V.A hay còn gọi amidan vòm (Vegetation adenoid) là cấu trúc lympho ở vòm họng thuộc một trong sáu cấu trúc lympho của vòng bạch huyết Waldeyer [5]. V.A là cơ quan lympho ngoại vi, ở một vị trí lý tưởng có thể kiểm soát khí thở trước khi đưa vào phổi để chống lại các tác nhân gây bệnh [1]. Theo tiến trình phát triển thông thường, V.A phát triển to khi trẻ ở độ tuổi 6-10 tuổi và teo dần sau 15 tuổi [12]. V.A tồn lưu ở người trưởng thành không phổ biến. Những nguyên nhân có thể dẫn đến V.A tồn lưu ở người trên 15 tuổi có thể do tình trạng nhiễm trùng mạn tính, viêm mũi dị ứng [9]. Bên cạnh đó, một tỷ lệ nhỏ những bệnh nhân V.A tồn lưu có thể chuyển sản thành mô ung thư. Tuy nhiên, khi khám qua nội soi thì khó phân biệt được mô V.A lành tính và mô ung thư ở vòm giai đoạn sớm [11]. Triệu chứng lâm sàng của V.A tồn lưu giống một số bệnh khác ở mũi và họng, điều trị nội khoa thường không hết, phẫu thuật nạo V.A bằng dao cắt hút liên tục qua nội soi có nhiều ưu điểm: không sót, ít chảy máu... Hiện nay trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng,

những nghiên cứu về V.A tồn lưu chưa thật sự nhiều, cụ thể là nghiên cứu về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật cũng như mô bệnh học ở bệnh nhân có V.A tồn lưu trên 15 tuổi. Xuất phát từ những vấn đề trên chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nạo V.A quá phát bằng dao cắt hút liên tục qua nội soi ở bệnh nhân trên 15 tuổi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2019-2021” với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng V.A quá phát có chỉ định phẫu thuật ở bệnh nhân trên 15 tuổi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2019-2021.
2. Đánh giá kết quả điều trị nạo V.A quá phát bằng dao cắt hút liên tục qua nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân trên 15 tuổi được chẩn đoán V.A quá phát và được chỉ định phẫu thuật nạo V.A bằng phương pháp cắt hút liên tục qua nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ tháng 03/2019 đến tháng 05/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân trên 15 tuổi được chẩn đoán viêm V.A quá phát và có chỉ định phẫu thuật nạo V.A bằng phương pháp cắt hút liên tục qua nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định nạo V.A như rối loạn đông máu nặng, khẩu cái ngắn, hở hàm ếch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Tính cỡ mẫu theo công thức $n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} = 87$ mẫu, trong đó p là tỷ lệ điều trị nạo V.A tồn lưu thành công theo nghiên cứu của tác giả Thái Thị Thùy Dung được báo cáo tại Hội nghị Khoa học Tai Mũi Họng 2020 với $p=0,94$.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 102 mẫu.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở.

Các triệu chứng cơ năng: nghẹt mũi, chảy mũi sau, ù tai, đau đầu, nuốt vướng; triệu chứng thực thể: dịch đọng hốc mũi, dịch mũi đổ xuống họng, tổ chức lympho thành sau họng, tình trạng màng nhĩ. Phân độ V.A quá phát qua nội soi theo Clemen [8]. Đánh giá mức độ nghẹt mũi bằng gương Glatzel. Kết quả giải phẫu mô bệnh học.

Phương pháp phẫu thuật (phẫu thuật nạo V.A đơn thuần và phẫu thuật nạo V.A phối hợp với các phương pháp phẫu thuật khác như mở xoang hàm, sàng, chỉnh hình vách ngăn, chỉnh hình cuốn mũi, cắt Amidan, vá nhĩ đơn thuần, tạo hình tai giữa, đặt ống thông khí khi bệnh nhân có than phiền các triệu chứng liên quan và được thực hiện cận lâm sàng kiểm tra các bất thường nếu có), phương pháp cầm máu, thời gian nằm viện sau mổ và mức độ đau sau mổ, biến chứng chảy máu sau mổ.

Đánh giá kết quả điều trị: triệu chứng lâm sàng và tình trạng vòm sau phẫu thuật 3 tháng: tốt (triệu chứng giảm/hết + nội soi V.A không sót mô), khá (triệu chứng còn/giảm + nội soi V.A sót ít/seo vết mổ) và kém (triệu chứng còn/nặng hơn + nội soi V.A còn sót).

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung, triệu chứng lâm sàng

Nghiên cứu được thực hiện trên 102 bệnh nhân (55 nam, 47 nữ). Tuổi nhỏ nhất là 15 tuổi, lớn nhất là 59 tuổi, trung bình là $22,64 \pm 10,953$. Trong đó, học sinh-sinh viên chiếm 57,8%, 19,6% là công nhân-nông dân, công nhân viên chiếm 7,8%, nội trợ là 3,9% và 10,8% làm nghề khác. Về nơi ở có 61,8% ở vùng nông thôn, còn thành thị có 38,2%.

Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật

Triệu chứng cơ năng	Tần số (n=102)	Tỷ lệ (%)	Triệu chứng thực thể	Tần số (n=102)	Tỷ lệ (%)
Nghẹt mũi	72	70,6	Dịch đọng hốc mũi	55	53,9
Chảy mũi sau	86	84,3	Dịch xuống họng	63	61,8
Ù tai	25	24,5	Tổ chức lympho thành sau họng	67	66,0
Nuốt vướng	21	20,6	Niêm mạc họng đỏ	28	27,5
Đau đầu	32	31,4	Màng nhĩ lõm	15	14,3

Nhận xét: Triệu chứng chảy mũi sau và nghẹt mũi được bệnh nhân than phiền nhiều nhất. Khám lâm sàng ghi nhận nhiều bệnh nhân có dịch đọng ở hốc mũi lẫn đổ xuống họng và tổ chức lympho thành sau họng.

Phân độ quá phát của V.A theo Clemen và vết mờ gương

Độ quá phát của V.A chủ yếu là độ 2 chiếm 60,8%, độ 3 chiếm 28,4%, độ 4 chiếm 5,9% và độ 1 chiếm 4,9%. Có 53,9% đối tượng nghiên cứu nghẹt nhẹ trước nạo V.A (vết mờ gương từ $\geq 3-6$ cm), không có đối tượng nào thở quá thông (vết mờ gương từ ≥ 9 cm) và 12,7% đối tượng có nghẹt nặng (vết mờ gương < 3 cm).

3.2. Kết quả điều trị

Phương pháp phẫu thuật, phương pháp cầm máu

Trong nghiên cứu, phương pháp chèn gạc chiếm 12,7%, phương pháp đốt điện chiếm 77,5% và phương pháp đốt điện kết hợp chích cầm máu chiếm 9,8%.

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật

Nhóm	Phương pháp phẫu thuật	Tần số (n=102)	Tỷ lệ (%)
1	Nạo V.A	51	50
2	Nạo V.A + Chỉnh hình vách ngăn	24	23,5
	Nạo V.A + Chỉnh hình vách ngăn + Cuốn mũi	8	7,8
	Nạo V.A + Chỉnh hình vách ngăn + Cuốn mũi + Mở hàm/sàng	6	5,9
	Nạo V.A + Cắt Amidan	7	6,9
	Nạo V.A + Vá nhĩ	1	1,0
	Nạo V.A + Tạo hình tai giữa + Đặt ống thông khí	1	1,0
	Nạo V.A + Đặt ống thông khí	4	3,9

Nhận xét: Trong 102 đối tượng nghiên cứu, có 50% bệnh nhân được chỉ định nạo V.A đơn thuần (nhóm 1), 50% nạo V.A có phối hợp với các phẫu thuật khác (nhóm 2). Nạo V.A kết hợp với chỉnh hình vách ngăn là hay gặp nhất với 23,5%.

Thời gian nằm viện, mức độ đau sau mổ, biến chứng chảy máu sau mổ

Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật ở nhóm 1 ít hơn nhóm 2 có ý nghĩa ($p < 0,05$) với nhóm 1 là $1,88 \pm 0,816$ và nhóm 2 là $3,06 \pm 1,156$. Có 54,9% hoàn toàn không

đau sau mổ, 33,3% đau nhẹ, 7,8% cảm thấy đau vừa, 3,9 % đau nhiều. So sánh mức độ đau giữa hai nhóm, nhóm 1 có điểm đau trung bình là 0,4+0,28 và nhóm 2 là 2,43+1,616 với $p<0,001$. Không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng chảy máu sau mổ.

Kết quả phẫu thuật nạo V.A bằng cắt hút liên tục qua nội soi

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ	Tần số (n=70)	Tỷ lệ (100%)
Mô viêm mạn	55	78,6
Nang Tornwaldt	3	4,3
Mô hoại tử	9	12,9
Chưa loại trừ carcinoma	2	2,9
Carcinoma	1	1,4

Nhận xét: Trong 102 bệnh nhân có 70 bệnh nhân được sinh thiết, chúng tôi ghi nhận có 95,7% kết quả giải phẫu bệnh lành tính (mô viêm mạn, mô hoại tử và nang Tornwaldt). Tỷ lệ 4,3% thì có bất thường trên giải phẫu bệnh.

Bảng 4. Đánh giá tình trạng vòm sau phẫu thuật 3 tháng

Tình trạng vòm	Tần số (n=102)	Tỷ lệ (100%)
Lành tốt	99	97,1
Sẹo	3	2,9
Sốt mô	0	0

Nhận xét: Sau 3 tháng phẫu thuật, qua nội soi mũi chúng tôi ghi nhận 97,1% trường hợp không sốt mô và lành mô tốt. Trong đó có 3 trường hợp có sẹo hố mũi.

Bảng 5. Đánh giá triệu chứng lâm sàng trước và sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng

Triệu chứng lâm sàng	Trước phẫu thuật	1 tuần (%)	1 tháng (%)	3 tháng (%)
Nghẹt mũi	70,6	33,3	0	0
Chảy mũi sau	84,3	43,1	0	0
Ù tai	24,5	7,8	2	0
Đau đầu	31,4	14,7	0	0
Nuốt vướng	20,6	17,6	2	1
Dịch đọng hốc mũi	53,9	40,2	5,9	5,9
Dịch đổ xuống họng	61,8	46,1	0	0
Niêm mạc họng đỏ	27,5	12,8	0	0

Nhận xét: Sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng thì các triệu chứng cơ năng và thực thể đều giảm rõ rệt.

Bảng 6. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật

Kết quả	Tần số (n=102)	Tỷ lệ (100%)
Tốt (triệu chứng hết/giảm + nội soi vòm lành tốt)	99	97,1
Khá (triệu chứng giảm/còn + nội soi sót ít/sẹo)	3	2,9
Kém (triệu chứng còn/nặng hơn + nội soi sót mô)	0	0

Nhận xét: Kết quả điều trị sau phẫu thuật nạo V.A qua cắt hút liên tục đạt kết quả tốt chiếm 97,1%. Có 3 trường hợp nội soi thấy sẹo vết mổ chiếm 2,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tình trạng trước phẫu thuật của bệnh nhân với các

triệu chứng cơ năng bệnh nhân than phiền nhiều nhất là chảy mũi sau với 84,3%, tương tự tác giả Thái Thị Thùy Dung (2019) với 78% và tác giả Al-juboori (2014) với 75% [2], [4]. Một triệu chứng quan trọng khác và hay gặp ở V.A tồn lưu ở người trưởng thành là nghẹt mũi, chúng tôi ghi nhận được 72,5%, điều này tương tự với tác giả Thái Thị Thùy Dung (2019) với 76% và thấp hơn của Thimmappa (2019) với 88% và Shetty (2016) với 80% [2], [10], [9]. Kết đến là đau đầu 31,4%, nuốt vướng và đau họng là 20,6%, ù tai là 24,5%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Thái Thị Thùy Dung và Shetty, nhưng lại thấp hơn của Al-juboori về triệu chứng đau đầu [2], [9], [4]. Sự khác biệt này là vì cỡ mẫu không tương đồng, mức độ quá phát V.A, cũng như bệnh nhân ngoài V.A to còn có các bệnh lý khác đi kèm như viêm amidan, vẹo vách ngăn, quá phát cuốn mũi, viêm xoang mạn.

Những bệnh nhân của chúng tôi khi khám lâm sàng ghi nhận có các triệu chứng thực thể kèm theo quá phát V.A đó là lệch vách mũi với 34,3%. Tỷ lệ này tương đồng với Thái Thị Thùy Dung có 38,7% và thấp hơn so với tác giả Thimmappa có 79% trường hợp [2], [10]. Có 61,8% trường hợp ghi nhận có dịch mũi đổ xuống họng, và gây ra tình trạng niêm mạc họng sung huyết với 27,5%. Kết quả này tương đồng với Thái Thị Thùy Dung [2]. Ngoài ra chúng tôi ghi nhận có 61,8% số bệnh nhân nghiên cứu có tổ chức lympho thành sau họng và 14,7% màng nhĩ lõm.

Trong 102 đối tượng nghiên cứu được nội soi, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ quá phát V.A lần lượt là: V.A quá phát độ II là 60,8%, độ III là 28,4%, độ IV là 5,9% và độ I là 4,9%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác cả trong và ngoài nước như của Thái Thị Thùy Dung và Thimmappa đều ghi nhận độ II chiếm tỷ lệ cao nhất [2], [10].

4.2. Kết quả điều trị

Về phương pháp phẫu thuật, chúng tôi chia mẫu nghiên cứu (n=102) thành hai nhóm dựa vào phương pháp phẫu thuật như sau: nhóm 1 là phẫu thuật nạo V.A đơn thuần với 51 trường hợp chiếm 50%, nhóm 2 gồm phẫu thuật nạo V.A có phối hợp với các phẫu thuật khác. Kết quả này tương đồng với tác giả Thái Thị Thùy Dung với 49% và tác giả Khafagy với 43,8% trường hợp phẫu thuật nạo V.A đơn thuần [2], [7]. Mỗi bệnh nhân đều đến khám với nhiều triệu chứng chứ không đơn thuần chỉ duy nhất một khó chịu nào. Do đó, thực tế sẽ có nhiều bệnh có thể phối hợp trên bệnh nhân nên tùy thuộc vào chẩn đoán mà sẽ có các phương pháp phẫu thuật tương ứng.

Trong 102 trường hợp, có 12,7% bệnh nhân chảy máu lượng ít nên được cầm máu bằng phương pháp chèn gạc, phương pháp đốt điện chiếm 77,5%. Tuy nhiên có 9,8% bệnh nhân chảy máu nhiều cần phối hợp đốt điện và chích cầm máu.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm 1 ngắn hơn của nhóm 2 với $p < 0,05$. Nguyên nhân có thể nghĩ đến 2 vấn đề. Một là, bệnh nhân được phẫu thuật phối hợp cần được chăm sóc hậu phẫu nhiều hơn. Ví dụ với những bệnh nhân có phẫu thuật mũi xoang và được nhét merocel cầm máu sau phẫu thuật, thời gian rút merocel tùy thuộc vào mức độ can thiệp phẫu thuật trên bệnh nhân. Hoặc với bệnh nhân cắt amidan thì cần theo dõi thêm chế độ ăn uống cũng như theo dõi tình trạng chảy máu, những ngày đầu sau mổ bệnh nhân đau nhiều, hồ mổ amidan còn phù nề, ăn còn hạn chế vì vậy thời gian nằm viện sau mổ sẽ lâu hơn. Hai là, bệnh nhân mổ xong thì rơi vào những ngày cuối tuần nên thời gian nằm viện sẽ kéo hơn bình thường.

Chúng tôi đánh giá mức độ đau sau mổ dựa vào thang điểm VAS (Visual Analogue Scale), kết quả là 54,9% bệnh nhân hoàn toàn không đau sau phẫu thuật, 33% bệnh nhân cảm thấy đau nhẹ, 7,8% đau vừa và 3,9% đau nhiều. Bệnh nhân ở nhóm 2 có điểm đau trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1 với $p < 0,001$.

Chúng tôi ghi nhận được sự thay đổi về các triệu chứng cơ năng một cách rõ rệt cụ thể: triệu chứng chảy mũi sau trước phẫu thuật là 84,3%, sau phẫu thuật 1 tuần tỷ lệ này còn 43,1%, sau 1 tháng và 3 tháng là 0%. Tương tự với các triệu chứng nghẹt mũi, ù tai và đau đầu tại thời điểm trước phẫu thuật lần lượt là 70,6%, 24,5% và 31,4%, sau phẫu thuật 1 tuần giảm còn 33,3%, 7,8%, 14,7%, sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng đều không ghi nhận bệnh nhân còn than phiền. Sau phẫu thuật 3 tháng, ghi nhận 1% trường hợp còn nuốt vướng, đây có thể là triệu chứng của viêm họng mạn, trào ngược dạ dày – thực quản, cần phối hợp điều trị nội thêm.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tình trạng dịch đọng lại ở hốc mũi và đổ xuống họng tại thời điểm trước và sau phẫu thuật ghi nhận lại kết quả rất khả quan, sau 3 tháng không ghi nhận trường hợp dịch mũi đổ xuống họng nhưng có 5,9% trường hợp còn dịch mũi đọng ở hốc mũi. Bệnh nhân có viêm mũi dị ứng thì cần phối hợp điều trị nội khoa, phẫu thuật nạo V.A hoặc mũi xoang không giúp kiểm soát hoàn toàn triệu chứng.

Hầu hết các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều giảm dần sau 1 tuần phẫu thuật và gần như giảm hẳn hoặc hết sau 3 tháng. Tác giả Shetty cũng có kết quả hậu phẫu khả quan như kết quả của chúng tôi [9].

Có 70/102 trường hợp được làm xét nghiệm giải phẫu bệnh học. Trong đó kết quả giải phẫu bệnh là lành tính, chiếm tỷ lệ 95,7%. Kết quả này gần tương tự với tác giả James E Mitchell nghiên cứu 92/110 bệnh nhân có tỷ lệ sinh thiết lành tính là 88% [9]. Một nghiên cứu khác của Mahmoud (2017) trên 59 bệnh nhân có V.A tồn lưu, cho kết quả kết quả sinh thiết có 61% mô lành (mô viêm mạn + nang Tornwaldt + nang khe mang) [6].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp bệnh nhân nam 54 tuổi chẩn đoán là V.A tồn lưu và có lý do nhập viện là đau đầu kèm có triệu chứng chảy máu mũi, V.A độ II, chưa phát hiện hạch cổ. Bệnh nhân này đã được phẫu thuật nội soi nạo V.A + sinh thiết mô bệnh học cách nay 13 tháng, với kết quả giải phẫu bệnh là Carcinoma tế bào gai xâm nhập grad 2. Bệnh nhân được khám và theo dõi định kỳ tại Bệnh viện Ung bướu. Sau 6 tháng, bệnh nhân được nội soi phát hiện khối u vòm tái phát nên đã được sinh thiết lần 2 ra kết quả carcinoma tế bào gai. Bệnh nhân được hóa xạ trị tại Bệnh viện Ung bướu theo đúng liệu trình. Sau 7 tuần điều trị, bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn với điều trị, khối u không còn. Bệnh nhân tái khám mỗi tháng 1 lần trong 3 tháng đầu, chưa ghi nhận tái phát.

Hai trường hợp ghi nhận chưa loại trừ carcinoma nên đã được đề nghị làm hóa mô miễn dịch và xét nghiệm thêm marker CD3, CD200, LCA để xác định. Hai bệnh nhân này sau khi đã làm những xét nghiệm kể trên thì xác định lành tính.

Sau 3 tháng theo dõi, chúng tôi thấy hồ mổ nạo V.A của tất cả bệnh nhân đều lành, không còn vảy, không sung huyết phù nề. Tuy nhiên có 3 trường hợp bị sẹo tại hồ mổ. Nguyên nhân có thể do chúng tôi đốt cầm máu nhiều và sâu ở một số bệnh nhân chảy máu nhiều sau nạo V.A. Ba bệnh nhân của chúng tôi quan sát thì không ghi nhận triệu chứng khó chịu nào sao mổ.

Với phương pháp phẫu thuật nạo V.A bằng dụng cụ cắt hút liên tục qua nội soi được thực hiện trên 102 bệnh nhân trên 15 tuổi, dựa vào các triệu chứng lâm sàng và tình trạng vòm mũi họng chúng tôi ghi nhận được kết quả sau phẫu thuật Tốt chiếm tỷ lệ khá cao sau phẫu thuật 3 tháng với 97,1%.

V. KẾT LUẬN

Với kết quả thu thập được ở 102 bệnh nhân trên 15 tuổi, ghi nhận chảy mũi sau và nghẹt mũi là hai triệu chứng hay gặp nhất, qua nội soi mũi kiểm tra ghi nhận V.A quá phát độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất. Phẫu thuật nạo V.A bằng dao cắt hút liên tục qua nội soi có nhiều

ưu điểm và mang lại sự cải thiện triệu chứng lâm sàng và cũng có sự hồi phục đáng kể trên hình ảnh nội soi mũi xoang sau phẫu thuật. Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận hình ảnh mô bệnh học lành tính là 95,8%. Qua đó thấy được lợi ích của nội soi trong chẩn đoán V.A và phẫu thuật, cần làm giải phẫu bệnh để chẩn đoán phân biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Ngọc Liễn (2006), *Giản yếu bệnh học Tai-Mũi-Họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.60-69.
 2. Thái Thị Thùy Dung (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sau nạo V.A qua nội soi ở bệnh nhân có V.A tồn lưu tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ, Hội nghị Khoa học Tai Mũi Họng 2020.
 3. Nguyễn Ngọc Phấn (2011), *Viêm VA*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.7-13.
 4. Al-Juboori A.N. (2014), “Adenoid Hypertrophy in Adults, a Rare Cause of Nasal Obstruction an Evaluation of 12 Cases”, *International Journal of Clinical Medicine Research*, pp.1-4.
 5. Babu A.R., Shetty S., Bharathi M.B. (2016), “Evaluation and Management of Adult Patients with Bilateral Nasal TO AH using adenoidectomy”, *International Journal of Contemporary Medical Research*, pp.1674-1677
 6. Khafagy Y.W., Mokbel K.M. (2011), "Choanal adenoid in adults with persistent nasal symptoms: endoscopic management to avoid misdiagnosis and unsuccessful surgeries". *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 268 (11), pp.1589-1592
 7. Mahmoud S.A. (2017), “Incidence of malignancy of nasopharyngeal swellings”, *Sohag Medical Journal*, pp.393-398.
 8. Parikh S. R., Coronel M., Lee J. J., *et al.* (2006), “Validation of a new grading system for endoscopic examination of adenoid hypertrophy”, *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, pp.684-687.
 9. Shetty S., Aror R., Bhandary S., *et al.* (2016), “Adult adenoid hypertrophy, is it persistent childhood adenoid hypertrophy”, *Medical Journal of Dr D Y Patil University*, pp.216-218.
 10. Thimmappa T., Gangadhara K. (2019), “Adenoid hypertrophy in adults”, *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*, pp.412.
 11. Wang W.H., Lin Y.C., Weng H.H., *et al.* (2011), “Narrow-band imaging for diagnosing adenoid hypertrophy in adults: a simplified grading and histologic correlation”, *Laryngoscope*, pp.965-970.
 12. Yildirim N., Sahan M., Karslioglu Y. (2008), “Adenoid hypertrophy in adults: clinical and morphological characteristics”, *Journal of International Medical Research*, pp.157-162.
- (Ngày nhận bài: 20/8/2021 - Ngày duyệt đăng: 20/10/2021)
-