

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HẸP VAN MŨI TRONG BẢNG NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2019 - 2020

Nguyễn Thanh Phương^{1*}, Nguyễn Triều Việt²

1. Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: phuongnt@phuongchau.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Van mũi trong là phần hẹp nhất của toàn bộ đường thở qua mũi, tạo nên trở kháng lớn nhất ở mũi, các yếu tố bất thường gây hẹp vùng này bao gồm: vách ngăn mũi ở giữa, sụn cánh mũi bên ở ngoài và đầu cuốn mũi dưới ở phía sau, tuy nhiên các nghiên cứu về vấn đề này chưa được thực hiện nhiều tại Việt Nam, do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp các bất thường vùng van mũi trong qua nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2019 – 2020. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hẹp van mũi trong bằng nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2019 – 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, có can thiệp lâm sàng trên 47 bệnh nhân nghẹt mũi mạn tính do bất thường các cấu trúc vùng van mũi trong từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2020. **Kết quả:** Sau mổ 12 tuần: 97,9% kết quả rất tốt, 2,1% kết quả tốt. Điểm đánh giá triệu chứng nghẹt mũi NOSE (Nasal Obstruction Symptoms Evaluation) trung bình trước mổ: 47,77 điểm giảm còn 3,30 điểm. **Kết luận:** Đa phần hẹp van mũi trong trong nghiên cứu là do vẹo vách ngăn và quá phát cuốn dưới. Phẫu thuật nội soi cho hiệu quả cao trong điều trị nghẹt mũi do hẹp van mũi trong.

Từ khóa: hẹp van mũi trong, phẫu thuật nội soi, nghẹt mũi

ABSTRACT

EVALUATING THE RESULTS OF ENDOSCOPIC SURGERY FOR TREATMENT THE INTERNAL NASAL VAVLE OBSTRUCTION AT CAN THO UNIVERSITY HOSPITAL OF MEDICINE AND PHARMACY AND CAN THO EAR – NOSE – THROAT HOSPITAL IN 2019-2020

Nguyen Thanh Phuong^{1*}, Nguyen Trieu Viet²

1. Phuong Chau International Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Internal nasal valve area is the narrowest region of the nasal cavity with the biggest resistance. The abnormal structures in this area include lateral nasal wall collapse, hypertrophy of inferior turbinate and nasal septal deviation. The relating studies to this problem has not been mentioned in Vietnam, therefore we do the research about endoscopic surgery for treatment the patients suffering with the abnormal structures in internal nasal valve region causing chronic obstruction at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital and Cantho Ear – Nose – Throat Hospital from 2019 to 2020. **Objectives:** To describe the clinical, subclinical features and evaluate results of endoscopic surgical treatment on patients suffering with internal nasal valve obstruction in Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital and Can Tho Ear – Nose – Throat Hospital from 2019 to 2020. **Materials and methods:** To descriptive prospective and clinical interventional study on 47 patients suffering with chronic nasal obstruction caused by internal nasal valve compromise from 1/2019 to 6/2020. **Results:** During the time of posoperative follow up in 12 weeks after surgery, there were 97.9% of patients who were very good results (free of nasal obstruction), and 2.1% of patients were good results; Average Nasal Obstruction Symptoms Evaluation (NOSE) score decreases from 47.77 to 3.30. **Conclusion:** Most causes of internal nasal valve obstruction were from nasal septum deviation and inferior turbinate hypertrophy. Endoscopy surgery offered good result in solving the abnormal structures causing the chronic nasal obstruction at internal nasal valve area.

Keywords: Internal nasal valve obstruction, endoscopy surgery, nasal obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Van mũi bao gồm van mũi trong và van mũi ngoài. Van mũi trong là phần hẹp nhất của toàn bộ đường thở qua mũi, tạo nên trở kháng lớn nhất ở mũi, bao gồm: vách ngăn mũi ở giữa, sụn cánh mũi bên ở ngoài và đầu cuốn mũi dưới ở phía sau [5], [10]. Triệu chứng chính của bệnh nhân có hẹp van mũi trong là giảm lưu lượng khí lưu thông qua đường mũi, biểu hiện là nghẹt hoặc tắc mũi. Hẹp van mũi trong lâu dài có thể gây ra tình trạng ngáy, tác động xấu đến giấc ngủ, hoặc tình trạng thiếu hơi khi làm việc nặng hoặc tập thể dục. Để giải quyết các yếu tố bất thường về cấu trúc tại van mũi trong gây nên tình trạng nghẹt mũi, nên xem xét can thiệp cả ba yếu tố vách ngăn, cuốn mũi dưới và vách mũi bên [9]. Phẫu thuật nội soi được xem là một trong những phương pháp hiệu quả trong can thiệp điều trị hẹp van mũi trong [6]. Nhằm tìm hiểu sâu hơn về các triệu chứng của hẹp van mũi trong cũng như hiệu quả các phương pháp điều trị, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu cụ thể như sau:

(1). Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân hẹp van mũi trong, tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2019 – 2020.

(2). Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hẹp van mũi trong bằng nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2019 – 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu: 47 bệnh nhân đến khám tại phòng khám Tai Mũi Họng Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ, được chẩn đoán hẹp van mũi trong (nghẹt mũi do vẹo vách ngăn phần cao, quá phát đầu cuốn mũi dưới, sụp vách mũi hay cánh mũi) và có chỉ định phẫu thuật điều trị hẹp van mũi

trong từ tháng 1/2019 đến 6/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân độ tuổi 16 trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu, có nghẹt mũi mạn tính trên 3 tháng và được xác định nguyên nhân bất thường đơn lẻ hay phối hợp các cấu trúc tại khu vực van mũi trong (lệch vách ngăn mũi 1/3 trước, quá phát đầu cuốn mũi dưới, sụp vách mũi bên).

- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật riêng lẻ hoặc phối hợp liên quan đến các cấu trúc nêu trên qua nội soi. Bệnh nhân tái khám sau phẫu thuật 1 tuần, 4 tuần và 12 tuần, được đánh giá lại khu vực van mũi trong bằng khám lâm sàng và nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân bị lệch vách ngăn ở vị trí ngoài khu vực van mũi trong, quá phát thân và đầu cuốn mũi dưới, polype mũi, khối u, hẹp van mũi ngoài, bệnh nhân có chống chỉ định gây mê toàn thân hoặc bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả, có can thiệp lâm sàng.

Cỡ mẫu: $n = 47$ mẫu

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân hẹp van mũi trong
- + Khai thác bệnh sử: Nghẹt mũi (mức độ, thời gian), nhức đầu, chảy mũi, giảm khứu
- + Tiền sử: Chấn thương mũi, phẫu thuật tháp mũi, phẫu thuật cánh mũi
- + Khám lâm sàng: Đánh giá mức độ nghẹt mũi thang điểm NOSE, nghiệm pháp Cottle
- + Cận lâm sàng: Nội soi mũi đánh giá mức độ và hình dạng lệch vách ngăn theo Hong – Ryul Jin, mức độ quá phát cuốn mũi dưới (trước và sau khi dùng thuốc co mạch)

- Đánh giá mức độ nghẹt mũi, sự thay đổi triệu chứng nghẹt mũi trước và sau phẫu thuật chỉnh hình van mũi trong.

+ Lựa chọn phương thức và tiến hành phẫu thuật: phẫu thuật lệch vách ngăn từ độ II trở lên theo phân loại theo Hong – Ryul Jin, phẫu thuật đốt điện dưới niêm mạc đầu cuốn mũi dưới từ độ II trở lên sau khi nhỏ thuốc co mạch theo Friedman, phẫu thuật chỉnh hình vách mũi bên khi nghiệm pháp Cottle dương tính, phẫu thuật riêng lẻ hay phối hợp tùy thuộc vào cấu trúc gây hẹp van mũi trong.

+ Theo dõi, chăm sóc hậu phẫu và đánh giá kết quả dựa vào thang điểm đánh giá triệu chứng nghẹt mũi NOSE (Nasal Obstruction Symptoms Evaluation), nội soi mũi đánh giá mức độ lệch vách ngăn theo Hong-Ryul Jin và đánh giá mức độ quá phát cuốn mũi theo Friedman.

. Kết quả rất tốt: Điểm NOSE giảm ≥ 25 điểm so với trước phẫu thuật, vách ngăn thẳng, cuốn mũi dưới không quá phát.

. Kết quả tốt: Điểm NOSE giảm < 25 điểm so với trước phẫu thuật, vách ngăn giảm độ lệch, cuốn mũi dưới giảm độ quá phát.

. Kết quả không thay đổi: Điểm NOSE không thay đổi so với trước phẫu thuật, vách ngăn và cuốn mũi dưới không thay đổi.

. Kết quả xấu: Điểm NOSE, vách ngăn và cuốn mũi tăng hơn so với trước phẫu thuật.

Phương pháp thu thập số liệu, xử lý số liệu:

Được tiến hành bởi người làm nghiên cứu trực tiếp hỏi và khám bệnh, đọc kết quả

các xét nghiệm cận lâm sàng và ghi nhận kết quả. Mỗi bộ thu thập số liệu đều có mã số, phiếu thu thập thông tin, được nhập vào và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Độ tuổi trung bình là 35,19 tuổi, nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 62 tuổi; nam chiếm tỉ lệ 78,2% (37/47), nữ chiếm 21,28% (10/47)

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật

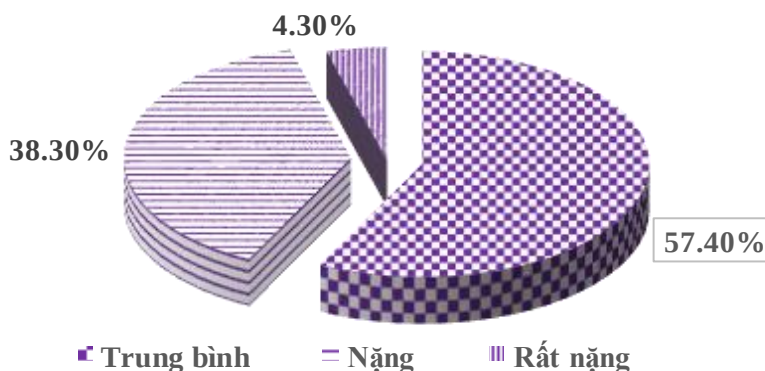
- Thời gian nghẹt mũi trung bình trước mổ

Bảng 1. Thời gian nghẹt mũi trung bình trước mổ

Số lượng	Thời gian trung bình (tháng)	Sai số chuẩn	Nhỏ nhất (tháng)	Lớn nhất (tháng)	Độ lệch chuẩn
47	34,94	5,33	3,5	120	36,52

Nhận xét: Thời gian nghẹt mũi trung bình trước phẫu thuật là 34,94 tháng, dài nhất là 120 tháng và ngắn nhất là 3,5 tháng.

- **Triệu chứng cơ năng:** Nghẹt mũi (100%), nhức đầu (80,9%), khó thở bằng mũi khi ngủ (76,6%), chảy mũi (66%), khó thở bằng mũi khi vận động nhiều hoặc gắng sức (66%), giảm khứu (42,6%), không ghi nhận có trường hợp sụp lõm cánh mũi.



Hình 1. Phân độ nghẹt mũi dựa vào thang điểm NOSE.

Nhận xét: Mức độ nghẹt mũi trước can thiệp: 57,4% mức độ trung bình (NOSE từ 25< đến ≤ 50 điểm), 38,3% nặng (NOSE từ 50< đến ≤ 75 điểm), 4,3%, rất nặng (NOSE từ 75< đến < 100 điểm).

- Điểm NOSE trước mổ

Bảng 2. Điểm NOSE trước mổ

Chỉ số	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Độ lệch chuẩn
Điểm NOSE	47,77	30	80	13,78

Nhận xét: Điểm NOSE trung bình trong nhóm nghiên cứu là 47,77, cao nhất là 80 và thấp nhất là 30.

- **Hình dạng lệch vách ngăn theo Hong – Ryul Jin qua nội soi:** vách ngăn loại II chiếm tỉ lệ cao nhất (29/47 trường hợp), 16/47 trường hợp loại III, 1/47 trường hợp loại I, 1/47 trường hợp có vách ngăn thẳng, không có trường hợp nào loại IV.

- **Mức độ quá phát cuốn dưới (trước khi xịt thuốc co mạch):** 46/47 trường hợp

(bên mũi) ghi nhận có hẹp van mũi trong do lệch vách ngăn, với 45 trường hợp không có quá phát cuốn dưới kèm theo, 1 trường hợp có quá phát cuốn dưới độ II; 1/47 trường hợp hẹp van mũi trong do quá phát cuốn dưới (độ III) và không có lệch vách ngăn kèm theo. Sau khi xịt thuốc co mạch 15 phút, chúng tôi ghi nhận có sự phục hồi rõ rệt kích thước của cuốn dưới đối bên, từ 22/47 trường hợp trước khi xịt thuốc có dấu hiệu quá phát cuốn dưới, giảm xuống chỉ còn 3/47 trường hợp, với 1 trường hợp quá phát độ I và 2 trường hợp độ II.

3.3. Can thiệp phẫu thuật

- Trong 47 trường hợp can thiệp, phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn qua nội soi đơn thuần chiếm phần lớn: 45/47 trường hợp (95,74%); 1/47 trường hợp (2,13%) phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn dưới đơn thuần; 1/47 trường hợp (2,13%) phẫu thuật nội soi kết hợp chỉnh hình vách ngăn và chỉnh hình cuốn dưới.

- Về biến chứng phẫu thuật: có 4/47 trường hợp chảy máu sau mổ (8,5%), 1/47 trường hợp tụ máu vách ngăn (2,1%), các biến chứng hậu phẫu đều được xử trí sớm.

3.4. Đánh giá hiệu quả phẫu thuật

Bảng 3. Điểm NOSE tại các thời điểm trước và sau phẫu thuật

Điểm NOSE	Thời điểm đánh giá			
	Trước mổ	Sau mổ 1 tuần	Sau mổ 4 tuần	Sau mổ 12 tuần
Trung bình	47,77	29,36	12,87	3,30
Nhỏ nhất	30	10	5	0
Lớn nhất	80	60	25	15
Độ lệch chuẩn	13,78	11,49	5,49	4,21

Nhận xét: Điểm NOSE thay đổi giảm dần theo thời gian hậu phẫu, ở thời điểm 03 tháng sau can thiệp điểm NOSE còn 3,3 tương ứng với cảm giác không còn nghẹt mũi.

Bảng 4. Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật

Thời điểm	Kết quả	Rất tốt		Tốt	
		Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Sau mổ 1 tuần, n=47		8	17,0	39	83,0
Sau mổ 4 tuần, n=47		43	91,5	4	8,5
Sau mổ 12 tuần, n=47		46	97,9	1	2,1
p(1 tuần và 4 tuần), p(1 tuần và 12 tuần): <0,001 (McNemar)					

Nhận xét:

Kết quả tốt sau mổ 1 tuần đạt đến 83%; 17% cho kết quả rất tốt.

Kết quả sau mổ 4 tuần cho thấy sự cải thiện đáng kể với 91,5% kết quả rất tốt, 8,5% kết quả tốt.

Sau mổ 12 tuần, hầu hết đều cải thiện tình trạng nghẹt mũi với 97,9% kết quả rất tốt, 2,1% kết quả tốt. Tình trạng cải thiện triệu chứng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Về độ tuổi, khi so sánh độ tuổi giữa nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác cho thấy có sự tương đương của độ tuổi trung bình (đều nằm trong khoảng từ 32 – 39

tuổi). Về giới tính, trong hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ của nam cao hơn so với nữ, tỉ lệ nam cao hơn nữ gấp từ 2-3 lần (nghiên cứu của Nguyễn Triều Việt 2.18:1, nghiên cứu của Andre 2:1, nghiên cứu của chúng tôi 3.4:1) [3], [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật

Kết quả về triệu chứng lâm sàng cho thấy có sự tương đồng giữa các nghiên cứu: Nghiên cứu của J. Janardhan Rao và cộng sự năm 1999, thực hiện trên 100 bệnh nhân được phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn có hoặc không có kèm theo phẫu thuật mũi xoang cho thấy triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ cao nhất của vẹo vách ngăn là nghẹt mũi (74%), tắc mũi (41%) và nhức đầu (20%) [8].

Đánh giá triệu chứng nghẹt mũi qua thang điểm NOSE: trong nghiên cứu, chỉ số điểm NOSE trung bình trước mổ khá cao (47,77 điểm). Theo Rhee J. S., mặc dù NOSE là thang điểm đánh giá chủ quan, dễ gây sự khác biệt lớn tùy cách tự cho điểm của mỗi bệnh nhân, nhưng thang điểm lại tỏ ra hữu dụng khi được xem như là tiêu chí đánh giá hiệu quả phẫu thuật, mức độ hài lòng của bệnh nhân và phân loại kết quả phẫu thuật [10]. Khi so sánh giữa các nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng về điểm NOSE trung bình trước mổ: Trần Minh Hạnh (2014): 40 điểm [1], Nguyễn Thị Thanh Thúy (2015): 55,6 điểm [2].

Đánh giá lệch vách ngăn: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của tác giả Hong-Ryul Jin [7] và Trần Minh Hạnh [1]. Kết quả cũng cho thấy, nghẹt mũi do bất thường vách ngăn làm hẹp van mũi trong thường thấy trên những trường hợp có vách ngăn lệch dạng cong/ gập góc. Các loại lệch khu trú thường ít gây tình trạng nghẹt mũi hơn, chủ yếu gây ra các triệu chứng như nhức đầu, vương đàm. Tuy nhiên, khi tình trạng lệch khu trú kích thích gây viêm niêm mạc mũi kéo dài có thể gây phù nề niêm mạc vách ngăn, cuốn dưới và góp phần làm hẹp van mũi trong gây ra tình trạng nghẹt mũi.

4.3. Can thiệp phẫu thuật

Về phương pháp phẫu thuật, khi tham khảo với các nghiên cứu trước đó, chúng tôi nhận thấy: Đa phần các tác giả nước ngoài đều can thiệp phối hợp các bất thường cấu trúc khu vực van mũi trong gây nghẹt mũi với kỹ thuật can thiệp bao gồm: đặt mảnh ghép dài chỉnh hình van mũi trong bằng đường tiếp cận trong mũi hay ngoài mũi, phẫu thuật vách ngăn và đốt điện cuốn dưới bằng đường mổ hở hay tiếp cận trong mũi [2], [3]. Nghiên cứu của chúng tôi khi đánh giá bất thường van mũi trong, không ghi nhận có trường hợp sụp vách mũi bên gây nghẹt mũi mà bất thường van mũi trong chủ yếu gây nghẹt mũi là do lệch vách ngăn cùng với quá phát cuốn dưới. Vì thế, chúng tôi chủ yếu can thiệp vách ngăn, cuốn mũi dưới qua nội soi và không tác động đến vách mũi bên. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật chỉnh hình cuốn mũi dưới ở các đối tượng bệnh nhân có quá phát cuốn dưới mức độ nặng bằng phương pháp đốt điện dưới niêm. Với tỉ lệ quá phát cuốn dưới thấp, kèm theo khả năng co hồi khá tốt với thuốc co mạch, chúng tôi lựa chọn phương pháp chỉnh hình trên vì sự phù hợp bệnh lý và biến chứng hiếm gặp, cũng như sự đơn giản của phương pháp thực hiện. Do đó, đối với các trường hợp vẹo vách ngăn nhiều kèm quá phát cuốn dưới đối bên mức độ nhẹ, chúng tôi chỉ tiến hành chỉnh hình vách ngăn mà không can thiệp cuốn dưới.

4.4. Đánh giá hiệu quả phẫu thuật

Đánh giá hiệu quả cải thiện cảm giác nghẹt mũi: việc đánh giá hậu phẫu bao gồm

hỏi bệnh nhân về tình trạng cải thiện nghẹt mũi, đánh giá thông qua thang điểm NOSE và nội soi mũi đánh giá van mũi trong. Chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng trong kết quả giữa các nghiên cứu. Sau phẫu thuật, tình trạng phù nề của vết mổ kèm phản ứng viêm của niêm mạc mũi làm cho bệnh nhân vẫn còn cảm giác nghẹt mũi, nên chỉ số NOSE chưa giảm đáng kể. Sau 2 tuần, hầu hết tình trạng phù nề và vết mổ đã ổn định nên đa số bệnh nhân đều cải thiện tình trạng nghẹt mũi. Tuy nhiên, phải đợi đến hơn 3 tháng, tình trạng niêm mạc mới phục hồi trở về gần như bình thường (Bảng 5).

Bảng 5. Điểm NOSE trung bình trước và sau phẫu thuật giữa các nghiên cứu

Nghiên cứu	Điểm NOSE trung bình				
	Trước mổ	Sau mổ 1 tuần	Sau mổ 4 tuần	Sau mổ 12 tuần	Sau mổ 6 tháng
Nguyễn Thị Thanh Thúy	55,60		2,40		0±0,40
Trần Minh Hạnh	40	25	15	5	
Chúng tôi	47,77	29,36	12,87	3,30	

Đánh giá kết quả chung: Qua kết quả của 47 mẫu nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận sau mổ 12 tuần, hầu hết đều cải thiện tình trạng nghẹt mũi với 97,9% kết quả rất tốt, 2,1% kết quả, không ghi nhận trường hợp cho kết quả xấu. Các nghiên cứu trước đó cũng cho thấy hiệu quả cao sau phẫu thuật van mũi trong: Nghiên cứu của Sam P. Most (2006) về đánh giá hiệu quả của kỹ thuật chỉnh hình mũi chức năng thông qua thang điểm đánh giá NOSE trên 41 bệnh nhân nghẹt mũi liên quan đến các bất thường khu vực van mũi. Sau thời gian theo dõi trung bình 227 ngày, kết quả ghi nhận 100% đều có sự cải thiện đáng kể, với điểm NOSE trung bình giảm ở tất cả các bệnh nhân (58,4 điểm trước phẫu thuật so với 15,7 điểm sau phẫu thuật, $p<0,1$) [11]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Thúy (2015) về hiệu quả của chỉnh hình van mũi trong qua đường mổ hở điều trị nghẹt mũi cũng cho thấy hiệu quả cao: 85,71% trường hợp kết quả rất tốt, 11,91% kết quả tốt và 2,38% kết quả không thay đổi so với trước phẫu thuật [2].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị hẹp van mũi trong cho thấy hiệu quả cao trong điều trị nghẹt mũi: Sau mổ 12 tuần đạt kết quả 97,9% rất tốt, 2,1% kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Minh Hạnh (2015), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị dị hình vách ngăn mũi gây nghẹt mũi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ tháng 4/2013 đến tháng 12/2014*, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. Nguyễn Thị Thanh Thúy (2015), *Chỉnh hình van mũi qua đường mổ hở điều trị nghẹt mũi*, Luận văn tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Triều Việt (2016), *Đặc điểm cấu trúc và can thiệp các bất thường van mũi trong qua nội soi*, Luận án tiến sĩ Y Học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. André (2009), Correlation between subjective and objective evaluation of the nasal airway. A systematic review of the highest level of evidence, *Clinical Otolaryngology*, 34 (6), pp. 518 – 525.
5. Carlos Eduardo Nazareth Nigro (2009), Nasal Valve, anatomy and physiology, *Braz J Otorhinolaryngol*, 75(2), pp. 305 – 310.

6. Champagne C., S. Ballivet R., L. Genestier, A. Crambert, O. Maurin, Y. Pons (2016), Endoscopic vs. conventional septoplasty: A review of the literature, *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases*, 133(1), pp. 43-46.
7. Hong-Ryul Jin (2007), New Description Method and Classification System for Septal Deviation, *J Rhinol*, 14 (1), pp. 27-31.
8. Janardhan Rao J. et al (2005), Classification of nasal septal deviations – Relation to sinonasal pathology, *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 57(3), pp. 199 – 201.
9. Rhee J. S. et al (2014), A systematic review of patient – reported nasal obstruction scores: defining normative and symptomatic ranges in surgical patients, *JAMA Facial Plast Surg*, 16(3), pp. 219 – 25.
10. Robert F. André (2010), General introduction and outline of the thesis, *Surgical procedures of nasal valve area, operative technique and functional evaluation*, pp. 13-19.
11. Sam P. M. (2006), Analysis of outcomes after functional rhinoplasty using a disease specific quality of life instrument, *Arch Facial Plast Surg*, 8, pp. 306 – 9.

Ngày nhận bài: 14/8/2020 - Ngày duyệt đăng: 22/09/2020)
