

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ
VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH CÓ QUÁ PHÁT MỠM MỐC
TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2018-2020**

Nguyễn Thái Dương, Dương Hữu Nghị, Châu Chiêu Hòa
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
* Email: ntduong137@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mòm mốc quá phát là yếu tố góp phần làm hẹp khe bán nguyệt và phễu sàng làm cản trở sự dẫn lưu hệ thống nhầy lông chuyển của nhóm xoang trước. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mòm mốc và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mòm mốc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mòm mốc. **Kết quả:** Các triệu chứng cơ năng gồm nghẹt mũi (95,4%), chảy mũi (92,3%), rối loạn khứu giác (9,2%), đau nhức sọ mặt (69,2%). Triệu chứng qua nội soi mũi gồm niêm mạc mũi phù nề nhẹ (61,5%), dịch hốc mũi trong nhầy loãng (49,2%), mòm mốc quá phát hai bên (50,8%). Viêm xoang độ II theo thang điểm Lund–Mackay trên CT scan chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,8%. Điểm bám đầu trên mòm mốc vào xương giấy thường gặp nhất với 58,5%. Không xảy ra tai biến trong lúc phẫu thuật. Đính sau phẫu thuật chiếm 4,6%. Sau phẫu thuật 3 tháng, các triệu chứng cơ năng giảm rõ rệt. 3,1% không lấy trọn phần cao mòm mốc. Sau 3 tháng, kết quả tốt chiếm 84,6%. Bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng đạt 96,9%. **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng và thực thể qua nội soi mũi cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật.

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

ABSTRACT

ASSESS THE ENDOSCOPIC SURGERY OUTCOMES OF CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH HYPERTROPHIED UNCINATE PROCESS AT CAN THO ENT HOSPITAL 2018-2020

Nguyen Thai Duong, Duong Huu Nghi, Chau Chieu Hoa*
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Hypertrophied uncinata process is a contributing factor causing narrowing of the hiatus semilunaris, the ethmoid infundibulum and affecting the mucociliary clearance of anterior sinuses. **Objectives:** Determining clinical, subclinical features of chronic rhinosinusitis with hypertrophied uncinata process and evaluating the endoscopic surgery outcomes of chronic rhinosinusitis with hypertrophied uncinata process. **Materials and Methods:** Cross-sectional descriptive on 65 patients diagnosed chronic rhinosinusitis with hypertrophied uncinata process. **Results:** Symptoms included nasal blockage (95.4%), nasal discharge (92.3%), smell disorders (9.2%), facial pain (69.2%). Nasal endoscopic signs consisted of mild oedema of nasal mucosa (61.5%), clean and thin discharge (49.2%), bilateral hypertrophied uncinata process (50.8%). Stage II of Lund–Mackay scale on CT scan was the highest percentage with 70.8%. Superior attachment of uncinata process inserted into lamina papyracea was the most common with 58.5%. No intraoperative complications happened. Postoperative adhesion was only 4.6%. Symptoms decreased significantly after 3 months. Remnants of superior uncinata process were 3.1%. After 3 months, excellent result was 84.6%. Patients were satisfied and very satisfied in 96.9% of cases. **Conclusions:** Symptoms and nasal endoscopic signs were improved significantly after surgery.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường cấu trúc giải phẫu các thành phần trong hốc mũi và các xoang cạnh mũi là một vấn đề thường gặp trên lâm sàng, là một trong những nguyên nhân gây viêm mũi xoang [4], [7]. Mòm móc quá phát là yếu tố góp phần làm hẹp khe bán nguyệt và phế nang làm cản trở sự dẫn lưu hệ thống nhầy lông chuyển của nhóm xoang trước [6]. Việc chẩn đoán tiền phẫu để phát hiện mòm móc quá phát còn giúp tránh việc tổn thương các cấu trúc lân cận như ống lệ mũi, thành trong hốc mắt và động mạch bướm khẩu cái trong lúc phẫu thuật và có ý nghĩa quan trọng trong phẫu thuật mở vách trán.

Phẫu thuật nội soi mũi xoang phát triển rộng rãi, ít xâm lấn, can thiệp tối thiểu, ít biến chứng, hiệu quả tối đa, nhanh chóng trả lại sức khỏe cho người bệnh về với công việc. Tuy nhiên, vấn đề được đặt ra là việc can thiệp phẫu thuật trên những bệnh nhân có bất thường cấu trúc giải phẫu nói chung và mòm móc quá phát nói riêng nên thực hiện như thế nào để đạt được hiệu quả tốt nhất. Vì vậy để hiểu rõ hơn về vấn đề này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mòm móc được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ.
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mòm móc tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mòm móc được chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ tháng 05/2018 đến tháng 06/2020.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân ≥ 18 tuổi đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính theo EPOS 2012; nội soi thấy hình ảnh mòm móc quá phát; được phẫu thuật nội soi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật nội soi mũi xoang trước đó; chỉ viêm nhóm xoang sau mà không kèm viêm nhóm xoang trước; viêm xoang do u, polyp; có bệnh nội khoa nặng chống chỉ định gây mê và phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** áp dụng công thức:
$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: số bệnh nhân cần nghiên cứu.

Chọn $\alpha=0,05$ do đó $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$.

Sai số ước lượng $d=0,09$.

p là tỷ lệ mòm móc quá phát qua nội soi. Theo Dương Đình Lương [1] là 16%, chọn $p=0,16$.

Tính được $n = 64$. Trên thực tế chúng tôi thu thập được 65 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

1. Đặc điểm chung: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh;

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: triệu chứng cơ năng, niêm mạc mũi, tính chất dịch hốc mũi, vị trí mòm móc quá phát, mức độ viêm xoang theo thang điểm Lund–Mackay trên CT scan, điểm bám đầu trên mòm móc;

3. Đánh giá kết quả điều trị: phương pháp phẫu thuật, tai biến trong lúc phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật, cải thiện các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể qua nội soi mũi sau phẫu thuật theo Lund-Kenedy, kết quả chung của phẫu thuật theo Nguyễn Lưu Trình, mức độ hài lòng của bệnh nhân theo thang đo Likert.

- **Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu:**

(1). Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng, đánh giá và ghi nhận trên nội soi và CT scan trước phẫu thuật, làm các xét nghiệm tiền phẫu.

(2). Tiến hành phẫu thuật nội soi mũi xoang, ghi nhận và đánh giá trong lúc phẫu thuật.

(3). Theo dõi và chăm sóc hậu phẫu, hẹn bệnh nhân tái khám sau 1 tuần, 1 tháng và sau 3 tháng. Ghi nhận sự cải thiện các triệu chứng cơ năng, hình ảnh nội soi mũi sau phẫu thuật và biến chứng, đánh giá kết quả chung của phẫu thuật và mức độ hài lòng của bệnh nhân.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** bằng chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 65 bệnh nhân (30 nam và 35 nữ), độ tuổi trung bình: $45,7 \pm 12,8$ tuổi. Thời gian mắc bệnh từ 1–5 năm chiếm đa số với 50,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng (n=65)

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nghẹt mũi	62	95,4%
Chảy mũi	60	92,3%
Rối loạn khứu giác	6	9,2%
Đau nhức sọ mặt	45	69,2%

Nhận xét: Nghẹt mũi chiếm tỷ lệ cao với 95,4%, tiếp đến là chảy mũi với 92,2%.

3.2.2. Niêm mạc mũi

Bảng 2. Tình trạng niêm mạc mũi qua nội soi

Niêm mạc mũi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	6	9,2%
Phù nề nhẹ	40	61,5%
Phù nề nặng	19	29,2%
Tổng	65	100%

Nhận xét: Niêm mạc mũi phù nề nhẹ chiếm đa số với 61,5%, phù nề nặng chiếm 29,2%.

3.2.3. Tính chất dịch hốc mũi

Bảng 3. Tính chất dịch hốc mũi qua nội soi

Dịch hốc mũi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không có	4	6,2%
Trong nhầy loãng	32	49,2%
Mủ nhầy đặc	29	44,6%
Tổng	65	100%

Nhận xét: Qua nội soi đánh giá được dịch hốc mũi trong nhầy loãng với 49,2%, mủ nhầy đặc với 44,6% và không có dịch chiếm 6,2%.

3.2.4. Vị trí mòm móc quá phát

Bảng 4. Vị trí mòm móc quá phát trên nội soi

Mòm móc quá phát	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phải	13	20%
Trái	19	29,2%
Hai bên	33	50,8%
Tổng	65	100%

Nhận xét: Mòm móc quá phát cả hai bên chiếm 50,8%, mòm móc trái quá phát chiếm 29,2%, mòm móc phải quá phát chiếm 20%.

3.2.5. Mức độ viêm xoang theo thang điểm Lund – Mackay trên CT scan

Bảng 5. Mức độ viêm xoang theo thang điểm Lund – Mackay

Độ viêm xoang	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ I	9	13,8%
Độ II	46	70,8%
Độ III	6	9,2%
Độ IV	4	6,2%
Tổng	65	100%

Nhận xét: Viêm xoang độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,8%, độ IV chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,2%.

3.2.6. Điểm bám đầu trên mỏm móc

Bảng 6. Điểm bám đầu trên mỏm móc

Kiểu bám	Nơi bám tận	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kiểu 1	Xương giấy	76	58,5%
Kiểu 2	Thành sau trong Agger Nasi	15	11,5%
Kiểu 3	Xương giấy và chỗ nối của cuộn giữa và mảnh sàng	6	4,6%
Kiểu 4	Chỗ nối của cuộn giữa và mảnh sàng	13	10%
Kiểu 5	Bám vào sàn sọ	10	7,7%
Kiểu 6	Bám vào cuộn mũi giữa	10	7,7%
Tổng		130	100%

Nhận xét: kiểu bám đầu trên mỏm móc vào xương giấy chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,5%, tiếp theo là bám vào thành sau trong Agger nasi với 11,5%, bám vào xương giấy và chỗ nối của cuộn giữa và mảnh sàng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4,6%.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

3.3.1. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 7. Phương pháp phẫu thuật

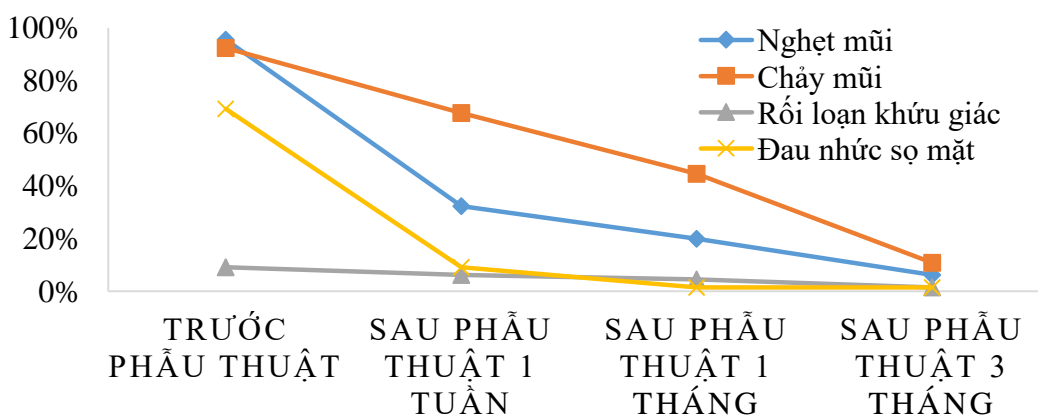
Loại phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mở mỏm móc + mở xoang hàm	27	41,5%
Mở sàng hàm	31	47,7%
Mở sàng hàm trán bướm	7	10,8%
Tổng	65	100%

Nhận xét: phẫu thuật mở sàng hàm chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,7%, tiếp theo là mở mỏm móc + mở xoang hàm với 41,5%, và mở sàng hàm trán bướm chiếm 10,8%.

3.3.2. Tai biến trong phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật

Không ghi nhận tai biến xảy ra trong phẫu thuật và có 3 trường hợp dính niêm mạc sau phẫu thuật 3 tháng (4,6%).

3.3.3. Cải thiện triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 1: Diễn biến cải thiện triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật

Nhận xét: triệu chứng cơ năng giảm tỷ lệ xuất hiện sau phẫu thuật. Sự khác biệt của triệu chứng nghẹt mũi, chảy mũi, đau nhức sọ mặt trước và sau phẫu thuật 3 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3.4. Triệu chứng thực thể qua nội soi mũi sau phẫu thuật

Bảng 8. Tình trạng mòm móc sau phẫu thuật

Tình trạng mòm móc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không lấy trọn phần cao mòm móc	2	3,1%
Lấy trọn mòm móc	63	96,9%
Tổng	65	100%

Nhận xét: phẫu thuật lấy trọn được phần cao mòm móc chiếm đa số với 96,9%.

Bảng 9. Niêm mạc mũi sau phẫu thuật (n=65)

Niêm mạc mũi	Sau 1 tuần		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	0	0%	28	43,1%	63	96,9%
Phù nề nhẹ	50	76,9%	36	55,4%	2	3,1%
Phù nề mọng	15	23,1%	1	1,5%	0	0%

Nhận xét: Sau phẫu thuật 1 tuần, phần lớn niêm mạc mũi phù nề nhẹ (76,9%). Sau 1 tháng, niêm mạc phù nề nhẹ còn 55,4%. Sau 3 tháng, niêm mạc bình thường chiếm đa số (96,9%) và không còn phù nề mọng.

Bảng 10. Tình trạng dịch tiết mũi sau phẫu thuật (n=65)

Dịch tiết mũi	Sau 1 tuần		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không có dịch	14	21,5%	32	49,2%	57	87,7%
Trong, nhầy loãng	49	75,4%	33	50,8%	8	12,3%
Mủ nhầy đặc	2	3,1%	0	0%	0	0%

Nhận xét: Sau phẫu thuật 1 tuần, dịch trong nhầy loãng chiếm đa số (75,4%). Sau 1 và 3 tháng không còn tình trạng mủ nhầy đặc.

3.3.5. Đánh giá kết quả chung của phẫu thuật

Bảng 11. Kết quả chung của phẫu thuật

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	55	84,6%
Khá	6	9,2%
Trung bình	4	6,2%
Tổng	65	100%

Nhận xét: Kết quả tốt chiếm đa số với 84,6%, khá với 9,2%, trung bình với 6,2%.

3.3.6. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Bảng 12. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ hài lòng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	33	50,8%
Hài lòng	30	46,1%
Không hài lòng	2	3,1%
Tổng	65	100%

Nhận xét: Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật 3 tháng ở mức rất hài lòng và hài lòng chiếm đa số với 96,9%, không hài lòng chỉ chiếm 3,1%.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi ghi nhận 4 triệu chứng cơ năng chính gồm nghẹt mũi (95,4%), chảy mũi (92,2%), đau nhức sọ mặt (69,2%) và rối loạn khứu giác (9,4%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Công Hoàng ghi nhận nghẹt mũi với 81,3%, chảy mũi với 68,9%, rối loạn khứu giác với 12,9% [4]. Nghẹt mũi và chảy mũi là 2 triệu chứng thường gặp nhất.

Qua nội soi, niêm mạc phù nề nhẹ chiếm 61,5%, phù nề mọng chiếm 29,2%, phản ánh đúng sinh lý bệnh của viêm mũi xoang mạn tính. Dịch xuất tiết, ứ đọng trong hốc mũi phản ánh tương đối chính xác tình trạng dịch ứ đọng trong các xoang, chúng tôi ghi nhận dịch trong nhầy loãng chiếm 49,2%, mủ nhầy đặc với 44,6%. Vị trí mòm móc quá phát hai bên chiếm 50,8%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Dương Đình Lương ghi nhận mòm móc quá phát hai bên chiếm 60%, quá phát một bên chiếm 40% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê [1]. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào lý giải rõ về vị trí xuất hiện dị hình mòm móc nói chung và mòm móc quá phát nói riêng. Viêm xoang độ II theo thang điểm Lund–Mackay trên CT scan chiếm cao nhất với 70,8%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Nguyễn Lưu Trình [5]. Việc can thiệp phẫu thuật sớm sẽ tránh được những trường hợp bệnh lý kéo dài gây tổn thương nặng nề hơn và tiên lượng sau mổ cũng tốt hơn. Điểm bám đầu trên mòm móc thường gặp là bám vào xương giấy (58,5%), tương đồng với Landsberg [8]. Đánh giá kiểu bám đầu trên mòm móc trước phẫu thuật là hết sức cần thiết để tránh làm tổn thương các cấu trúc quan trọng lân cận khi phẫu thuật như xương giấy, sàn sọ hay cuốn mũi giữa.

Về phương pháp phẫu thuật, mở sàng hàm chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,7%. Phẫu thuật mở sàng hàm được chỉ định rộng rãi cho viêm xoang mọi mức độ, tùy thuộc vào tình trạng lan rộng của bệnh tích mà phẫu thuật viên quyết định mở rộng đến các xoang khác. Nguyễn Lưu Trình cũng ghi nhận phẫu thuật sàng hàm chiếm đa số với 62,5% [5]. Không ghi nhận tai biến xảy ra trong lúc phẫu thuật và chỉ 4,6% trường hợp có dính niêm mạc cuốn mũi giữa vào vách ngăn. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Lê Xuân Nhân ghi nhận dính niêm mạc chiếm 18% [3].

Các triệu chứng cơ năng đều giảm tần suất xuất hiện sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Trong đó, sự khác biệt của triệu chứng nghẹt mũi, chảy mũi, đau nhức sọ mặt trước và sau phẫu thuật 3 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. 3,1% trường hợp không lấy trọn được phần cao mòm móc do mòm móc bám vào xương giấy sát với ổ mắt nên để tránh việc tổn thương ổ mắt, chúng tôi chủ động để lại phần cao mòm móc. Sau 3 tháng, niêm mạc bình thường chiếm đa số (96,9%) và không còn phù nề mọng. Điều này chứng tỏ niêm mạc mũi hồi phục tốt sau phẫu thuật. Sau 1 tháng và 3 tháng không còn tình trạng mủ nhầy đặc. Tuy nhiên, Nguyễn Lưu Trình ghi nhận sau phẫu thuật 3 tháng, niêm mạc phù nề nhẹ chiếm đa số với 62,5% [5] do tình trạng viêm mũi dị ứng kèm theo có thể gây ra tình trạng phù nề niêm mạc nhẹ sau phẫu thuật.

Kết quả chung của phẫu thuật đạt mức tốt và khá chiếm đa số với 93,8%, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Lưu Trình ghi nhận kết tốt và khá với 84,4% [5]. Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật 3 tháng theo thang đo Likert ở mức rất hài lòng và hài lòng chiếm đa số với 96,9%. Huỳnh Ngọc Thành ghi nhận đa số bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật với 93,1% [2]. Đây là kết quả khả quan, phẫu thuật nội soi mũi xoang đã

đem lại hiệu cao trong việc giải quyết bệnh tích ở mũi xoang, giúp bệnh nhân trở lại sinh hoạt và lao động bình thường.

V. KẾT LUẬN

Nghẹt mũi (95,4%) và chảy mũi (92,3%) là hai triệu chứng cơ năng thường gặp nhất. Nội soi ghi nhận niêm mạc mũi phù nề nhẹ với 61,5%, dịch mũi trong nhầy loãng với 49,2%, quá phát mòm mọc cả hai bên chiếm 50,8%. Viêm xoang độ II theo thang điểm Lund–Mackay chiếm 70,8%. Triệu chứng cơ năng và thực thể qua nội soi mũi cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật. Kết quả chung sau phẫu thuật 3 tháng đạt mức tốt và khá chiếm 93,8%. Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật 3 tháng ở mức rất hài lòng và hài lòng chiếm đa số với 96,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Đình Lương (2017), *Nghiên cứu đặc điểm dị hình phức hợp lỗ ngách trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Huỳnh Ngọc Thành (2014), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị các bệnh lý mũi xoang tại Bệnh viện II Lâm Đồng*. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 18, tr 8-17.
3. Lê Xuân Nhân (2011), *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm hệ thống xoang trước có bất thường giải phẫu phức hợp lỗ ngách tại Bệnh viện Trung ương Huế*. Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Huế.
4. 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.
5. 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.
6. Nguyễn Ngọc Phần (2011), *Viêm mũi xoang*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 9-31.
7. 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, Trường Đại học Y dược Huế.
8. Landsberg Roe (2001), *A Computer-Assisted Anatomical Study of the Nasofrontal Region*. *The Laryngoscope*, 111, pp 2125-2130.

(Ngày nhận bài: 08/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 07/09/2020)
