

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM XOANG BƯỚM MẠN TÍNH BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2019-2021

Trần Tuấn Anh*, Châu Chiêu Hòa

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: trantuananhk38@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xoang bướm là xoang nằm sâu trong sọ mặt và là xoang khó tiếp cận nhất trong các xoang cạnh mũi. Viêm xoang bướm mạn tính khó chẩn đoán và điều trị do các triệu chứng ban đầu mơ hồ, khó nhận biết. **Mục tiêu nghiên cứu:** mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm xoang bướm mạn tính bằng phẫu thuật nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên các bệnh nhân viêm xoang bướm mạn tính được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ. Đánh giá kết quả điều trị dựa vào thang điểm VAS, nội soi mũi trước và sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. **Kết quả:** 59 bệnh nhân với 82 xoang bướm được phẫu thuật. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là: đau đầu, chảy mũi, nghẹt mũi. Hình ảnh vách bướm sàng trên nội soi: 30,5% niêm mạc phù nề, 8,5% polyp và 25,4% nhầy đục. Trên phim chụp cắt lớp vi tính: 52,5% mờ toàn bộ xoang bướm, 15,3% có hình ảnh vôi hóa trong xoang bướm, 37,3% thành xoang dày lên. Đánh giá sau phẫu thuật 3 tháng cho kết quả tốt 83,1%, trung bình 15,2%, xấu 1,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi mở xoang bướm an toàn và hiệu quả trong điều trị viêm xoang bướm mạn tính với tỉ lệ thành công cao, triệu chứng cơ năng và thực thể qua nội soi cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật.

Từ khóa: viêm xoang bướm mạn tính, phẫu thuật nội soi mở xoang bướm.

ABSTRACT

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF CHRONIC SPHENOIDITIS WITH FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY AT CAN THO EAR NOSE THROAT HOSPITAL 2019-2021

Tran Tuan Anh*, Chau Chieu Hoa

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The sphenoid sinus is deeply seated in the skull and is the most inaccessible paranasal sinus. Chronic sphenoiditis is difficult to diagnose and treat because initial symptoms are vague and difficult to recognize. **Objectives:** To describe the clinical and subclinical features of chronic sphenoiditis and evaluate treatment results of chronic sphenoiditis by using functional endoscopic sinus surgery. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive and prospective study on patients were diagnosed with chronic sphenoiditis and were treated with endoscopic sinus surgery at Can Tho Ear Nose Throat Hospital. Visual Analogue Scale (VAS), nasal endoscopy was used to assess postoperative outcomes after 1 week, 1 month, and 3 months. **Results:** 82 sphenoid sinuses of 59 patients had been operated by endoscopic sinus surgery. Patients may present with nonspecific symptoms such as headache, nasal obstruction, or nasal discharge. Endoscopic examination may reveal various signs of chronic sphenoiditis such as edema (30.5%), polyp (8.5%), mucopurulent discharge (25.4%) in the sphenoethmoidal recess. On computed tomography: 52.5% had complete opacity, 37.3% sclerosis of the sphenoid sinus bony wall was observed, 15.3% microcalcification was detected in the sphenoid sinuses. After 3 months, the excellent result was 83.1%, the average result was 15.2%, the poor result was 1.7%. **Conclusion:** Endoscopic sphenoidotomy is a safe and effective approach in the management of chronic sphenoiditis, with a

high success rate, symptoms, and nasal endoscopic signs were improved significantly after surgery.

Keywords: *chronic sphenoiditis, endoscopic sphenoidotomy.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các bệnh lý viêm xoang, viêm xoang bướm chiếm tỉ lệ thấp khoảng 2-3%. Vị trí giải phẫu xoang bướm nằm ở sâu và gần nhiều cấu trúc thần kinh, mạch máu quan trọng [7], [8]. Chính vì vậy viêm xoang bướm có biểu hiện rất đa dạng và thường mượn triệu chứng của các cơ quan khác làm cho việc chẩn đoán sớm rất khó khăn. Ngày nay nhờ sự hỗ trợ của các phương tiện cận lâm sàng như nội soi, chụp cắt lớp vi tính nên việc chẩn đoán viêm xoang bướm được thuận lợi hơn. Viêm xoang bướm có thể điều trị nội khoa, tuy nhiên với những trường hợp điều trị nội thất bại cần được điều trị phẫu thuật.

Là xoang khó tiếp cận nhất trong các xoang cạnh mũi và gần nhiều cấu trúc quan trọng nên phẫu thuật mở xoang bướm vẫn còn là một phẫu thuật khó, tiềm ẩn nhiều tai biến nguy hiểm. Tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ, phẫu thuật mở xoang bướm đã được thực hiện nhiều, nhưng đến nay có rất ít nghiên cứu được thực hiện để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm xoang bướm mạn tính được điều trị bằng phẫu thuật nội soi chức năng xoang.

2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm xoang bướm mạn tính bằng phẫu thuật nội soi chức năng xoang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán viêm xoang bướm mạn tính dựa trên kết quả thăm khám lâm sàng, nội soi và chụp cắt lớp vi tính (CLVT), được điều trị bằng phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ tháng 02/2019-03/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Có bệnh án đầy đủ. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Được nội soi kiểm tra và được chụp CLVT xoang theo tư thế coronal và axial.

Được chẩn đoán xác định viêm xoang bướm mạn tính và được phẫu thuật nội soi mở xoang bướm.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa nặng không thể gây mê, có các nguy cơ cao trong và sau phẫu thuật. Tiền căn đã phẫu thuật mũi xoang.

Bệnh nhân không tuân thủ lịch tái khám sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Trong thời gian nghiên cứu, chọn toàn bộ 59 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Nội dung nghiên cứu

Triệu chứng cơ năng: nghẹt mũi, chảy mũi, đau đầu, rối loạn khứu giác, giảm thị lực và các triệu chứng khác. Đánh giá mức độ qua thang điểm VAS.

Triệu chứng thực thể: nội soi đánh giá tình trạng niêm mạc, dịch nhầy ở ngách bướm sàng, ghi nhận các bất thường cấu trúc hốc mũi kèm theo.

Hình ảnh CLVT: đặc điểm khối mờ trong xoang bướm, đặc điểm thành xoang.

Phương pháp phẫu thuật:

– Mở vào xoang bướm trực tiếp: phẫu thuật xoang bướm qua đường hốc mũi, thao tác phẫu thuật trong khoảng giới hạn giữa mặt trong cuốn mũi giữa và vách ngăn.

– Mở vào xoang bướm qua xoang sàng: phẫu thuật xoang bướm qua khe mũi giữa, thực hiện phẫu thuật xoang sàng trước và xoang sàng sau trước khi tiếp cận xoang bướm.

Độ rộng lỗ thông xoang bướm được mở phân loại theo Daniel Simmen và Nick Jones [6]:

– Loại I: tìm và xác định lỗ thông xoang bướm, mà không mở rộng lỗ thông xoang.

– Loại II: phẫu thuật mở rộng lỗ thông tới kích thước khoảng một nửa chiều cao của xoang bướm.

– Loại III: phẫu thuật mở rộng xoang bướm về phía trên và phía dưới đến toàn bộ chiều cao của xoang bướm và về phía ngoài đến thành ngoài hay các cơ quan lân cận của xoang bướm.

Bệnh nhân được hẹn tái khám 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật.

Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 3 tháng: dựa theo cách đánh giá của tác giả Trần Hà Việt Thắng [4]:

– Tốt: hết triệu chứng chính gây khó chịu. Niêm mạc hố mũi phù nề nhẹ hoặc không, không có sẹo dính, lỗ thông xoang bướm thoáng. Không hoặc có ít nhầy trong lỗ thông nhưng không ứ đọng.

– Trung bình: còn một trong các triệu chứng cơ năng chính gây khó chịu bao gồm nghẹt mũi, đau đầu, chảy mũi ở mức độ trung bình hoặc nhẹ. Niêm mạc hố mũi còn phù nề nhiều, xuất tiết dịch nhầy trong gây ứ đọng, lỗ thông xoang bướm bít tắc một phần.

– Xấu: triệu chứng cơ năng chính gây khó chịu ở mức độ nặng. Niêm mạc hình thành sẹo dính, lỗ thông xoang bướm bít tắc hoàn toàn. Dẫn lưu tại ngách bướm sàng tắc.

Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu:

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

– Tiến hành phẫu thuật nội soi mở xoang bướm, đánh giá trong lúc phẫu thuật.

– Theo dõi và chăm sóc hậu phẫu, hẹn bệnh nhân tái khám sau phẫu thuật 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 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 59 bệnh nhân (26 nam, 33 nữ), tuổi trung bình $41,6 \pm 14,0$. Thời gian mắc bệnh từ 3-5 năm chiếm 69,5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Có 59 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 36 bệnh nhân phẫu thuật xoang bướm 1 bên, 23 bệnh nhân phẫu thuật xoang bướm 2 bên. Tổng số xoang bướm được phẫu thuật là 82.

3.2.1 Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số lượng (n=59)	Tỉ lệ %
Đau đầu	53	89,8
Chảy mũi	50	84,7
Nghẹt mũi	38	64,4
Rối loạn khứu giác	14	23,7
Giảm thị lực	4	6,8

Nhận xét: trong viêm xoang bướm triệu chứng đau đầu chiếm tỉ lệ cao nhất với 89,8%. Vị trí đau đầu thường gặp nhất là vùng đỉnh (24,4%) và vùng chẩm (20,5%). Triệu chứng giảm thị lực chiếm tỉ lệ thấp trong viêm xoang bướm, chiếm 6,8%.

Triệu chứng thực thể

Bảng 2. Đặc điểm ngách bướm sàng trên nội soi

Đặc điểm	Số lượng (n=59)	Tỉ lệ %
Phù nề	18	30,5
Polyp	5	8,5
Nhảy đục	15	25,4
Khó quan sát	8	13,6

Nhận xét: dấu hiệu thường gặp ở ngách bướm sàng trên nội soi là phù nề niêm mạc (30,5%) và dịch nhảy đục (25,4%). Đây là những dấu hiệu thực thể của viêm xoang bướm.

3.2.2 Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm khối mờ xoang bướm

Bảng 4. Đặc điểm khối mờ xoang bướm trên phim CLVT

Khối mờ xoang bướm	Số lượng (n=59)	Tỉ lệ %	Tỉ trọng khối mờ	Số lượng (n=59)	Tỉ lệ %
Mờ một phần	28	47,5	Không đồng nhất	9	15,3
Mờ toàn bộ	31	52,5	Đồng nhất	50	84,7
Tổng	59	100,0	Tổng	59	100,0

Nhận xét: trong viêm xoang bướm 52,5% mờ toàn bộ xoang và 47,5% mờ một phần xoang. Phần lớn các khối mờ trong xoang đồng nhất về đậm độ, chiếm 84,7%.

Đặc điểm thành xoang bướm

Bảng 5. Đặc điểm thành xoang bướm trên phim CLVT

Thành xoang bướm	Số lượng (n=59)	Tỉ lệ (%)
Bình thường	36	61,0
Bị bào mòn	1	1,7
Dày lên	22	37,3
Tổng	59	100,0

Nhận xét: thành xoang bướm bình thường chiếm tỉ lệ cao trong viêm xoang bướm, chiếm 61,0%, thành xoang bướm dày lên trong 37,3% trường hợp, thành xoang bị bào mòn chiếm tỉ lệ thấp, chỉ chiếm 1,7%.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

Phương pháp phẫu thuật

Bảng 6. Phương pháp phẫu thuật mở xoang bướm

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (n=59)	Tỉ lệ %
Mở vào xoang bướm trực tiếp	52	88,1
Mở vào xoang bướm qua xoang sàng	7	11,9
Tổng	59	100,0

Nhận xét: đa số xoang bướm được phẫu thuật bằng phương pháp mở vào xoang bướm trực tiếp, chiếm 88,1%. Mở xoang bướm qua xoang sàng chiếm tỉ lệ ít hơn, chiếm 11,9%. Trong đó, 89,8% xoang bướm được mở rộng loại II, 10,2 % được mở rộng loại III theo phân loại của Daniel Simmen và Nick Jones.

Bệnh tích trong xoang bướm

Bảng 7. Bệnh tích trong xoang bướm

Bệnh tích	Số lượng (n=59)	Tỉ lệ %
Dịch nhầy đục	32	54,2
Polyp	5	8,5
Khối nấm	15	25,4
Phù nề niêm mạc	7	11,9
Tổng	59	100,0

Nhận xét: bệnh tích ghi nhận trong quá trình phẫu thuật bao gồm: dịch nhầy đục trong xoang chiếm tỉ lệ cao nhất với 54,2%, 25,4% ghi nhận khối nấm trong xoang, phù nề niêm mạc xoang chiếm 11,9%, polyp trong xoang chiếm tỉ lệ thấp nhất với 8,5%.

Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật

Bảng 7. Triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật

Triệu chứng	Sau 1 tuần (%)	Sau 1 tháng (%)	Sau 3 tháng (%)
Đau đầu	59,3	30,5	8,5
Chảy mũi	74,6	40,7	18,6
Nghẹt mũi	49,2	28,8	8,5
Rối loạn khứu giác	22,0	16,9	11,9
Giảm thị lực	1,7	0,0	0,0

Nhận xét: các triệu chứng cơ năng đều cải thiện sau phẫu thuật. Sự khác biệt của triệu của các triệu chứng đau đầu, chảy mũi, nghẹt mũi, rối loạn khứu giác trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật

Bảng 8. Triệu chứng thực thể trên nội soi sau phẫu thuật

Triệu chứng thực thể	1 tuần (%)	1 tháng (%)	3 tháng (%)
Phù nề lỗ thông xoang bướm	94,9	28,8	6,8
Dịch nhầy ngách bướm sàng	Nhầy trong	62,7	18,6
	Nhầy đục	0,0	3,4
Vảy mũi hồ mỡ	91,5	20,3	0,0
Sẹo dính hồ mỡ	0,0	1,7	1,7

Nhận xét: sau phẫu thuật 3 tháng 6,8% lỗ thông xoang bướm còn phù nề, 1,7% có dịch nhầy đục ở ngách bướm sàng, 1,7% có sẹo dính hồ mỡ.

Đánh giá kết quả chung của phẫu thuật: tốt 83,1%, trung bình 15,2%, xấu 1,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Các triệu chứng cơ năng chính trong nhóm đối tượng nghiên cứu gồm đau đầu, nghẹt mũi, chảy mũi và rối loạn khứu giác. Kết quả của chúng tôi tương tự với tác giả Hồ Xuân Trung với các triệu chứng đau đầu, nghẹt mũi, chảy mũi chiếm tỉ lệ cao [3]. Trong đó triệu chứng được than phiền nhiều nhất là đau đầu, vị trí đau đầu đa dạng, không đặc hiệu, thường gặp nhất ở vùng đỉnh và vùng chẩm. Cơ chế gây đau đầu trong viêm xoang bướm là do kích thích các nhánh V1, V2 của dây thần kinh số V, kích thích dây thần kinh mũi mi, dây thần kinh bướm khẩu cái và do bệnh tích tác động lên các thụ cảm trong lòng xoang bướm [5]. Do đó, vị trí đau đầu sẽ thay đổi phụ thuộc vào các cấu trúc bị ảnh hưởng bởi quá trình viêm trong xoang bướm.

Qua nội soi đánh giá các đặc điểm về niêm mạc và tính chất dịch ở ngách bướm sàng, chúng tôi ghi nhận 30,5% ngách bướm sàng có niêm mạc phù nề, 25,4% có hiện diện dịch nhầy đục ở ngách bướm sàng. Trong nghiên cứu của tác giả Biện Văn Hoàn ghi nhận 61,9% bệnh nhân có niêm mạc ngách bướm sàng phù nề, 16,7% có nhầy mũi ở ngách bướm sàng [2]. Như vậy, các dấu hiệu về phù nề niêm mạc và dịch nhầy mũi ở ngách bướm sàng là những triệu chứng thực thể của bệnh lý viêm xoang bướm, phân biệt viêm xoang bướm với viêm các xoang cạnh mũi khác trên nội soi.

Trên hình ảnh CLVT, 52,5% mờ toàn bộ xoang bướm, 47,5% mờ một phần xoang bướm. Ở nghiên cứu của Hồ Xuân Trung xoang bướm mờ toàn bộ chiếm tỉ lệ cao hơn, chiếm 70,6% và 29,4% mờ một phần [3]. Hình ảnh mờ trong xoang bướm là do lỗ thông xoang bị tắc trong bệnh lý viêm xoang bướm, gây ứ đọng dịch trong lòng xoang, phù nề, dày niêm mạc xoang hoặc mờ do tổ chức nấm, polyp trong xoang. Việc đánh giá tỉ trọng khối mờ xoang bướm cũng có ý nghĩa rất quan trọng. Chúng tôi ghi nhận hình ảnh xoang bướm mờ đồng nhất chiếm tỉ lệ cao với 84,7% và 15,3% là hình ảnh khối mờ không đồng nhất. Khối vôi hóa tăng đậm độ tạo hình ảnh mờ không đồng nhất trong lòng xoang bướm giúp gợi ý đến bệnh tích nấm xoang. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp có hình ảnh vôi hóa đều ghi nhận bệnh tích là khối nấm trong xoang. 39,0% trường hợp có thay đổi ở thành xương, trong đó hầu hết là thành xương dày lên (37,3%). Hình ảnh dày thành xương hay viêm xương là do quá trình viêm kéo dài của của màng xương ảnh hưởng bởi tổ chức viêm trong xoang bướm.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Hiện nay, phẫu thuật nội soi tiếp cận xoang bướm có thể thực hiện theo 2 phương pháp chính gồm phẫu thuật mở vào xoang bướm trực tiếp thường sử dụng cho các trường hợp viêm xoang bướm đơn thuần và phẫu thuật mở vào xoang bướm qua xoang sàng, trong các trường hợp có kết hợp phẫu thuật xoang sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 88,1% trường hợp được phẫu thuật bằng phương pháp mở vào xoang bướm trực tiếp qua lỗ thông xoang bướm ở ngách bướm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân được phẫu thuật xoang bướm loại II (89,8%) theo phân loại của Daniel Simmen và Nick Jones, lỗ thông xoang bướm được mở nhỏ hơn $\frac{1}{2}$ chiều cao thành trước xoang bướm, xoang bướm được bơm rửa, lấy sạch bệnh tích trong lòng xoang [6]. Mở xoang bướm loại III (10,2%) với những trường hợp bệnh tích xoang bướm nhiều, khối nấm xoang bướm to, thành trước xoang bướm được mở rộng đến gần hết chiều cao để lấy sạch bệnh tích. Trong phân loại của Daniel Simmen và Nick Jones, loại I là tìm và xác định lỗ thông xoang bướm, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều được can thiệp mở rộng lỗ thông xoang

bướm, nên không có phân loại mở xoang bướm loại I.

Trong phẫu thuật ghi nhận khối nấm trong xoang chiếm 25,4%. Về đại thể, khối nấm trong xoang có dạng đất sét hoặc khối như phô mai màu xanh lá cây đậm hoặc nâu đen, được tạo bởi các sợi tơ nấm dính chặt vào nhau, khối nấm lớn nhất màu ở trung tâm [9]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Dũng ghi nhận chất mũ đặc lẫn khối nâu xanh hoặc đen (15%), chất dịch nâu đen (4%) trong các tổn thương viêm xoang bướm do nấm [1]. Polyp trong xoang bướm có 5/59 trường hợp, chiếm 8,5%. Sau khi mở lỗ thông xoang bướm, hút ra dịch nhầy đục chiếm 54,2% các trường hợp, đây là dịch ứ đọng không được dẫn lưu tốt qua lỗ thông xoang. Dịch ứ đọng trong xoang làm tăng áp lực trong xoang, tác động lên các thụ thể thần kinh, cũng là một trong các nguyên nhân gây ra triệu chứng đau đầu trong bệnh lý viêm xoang bướm.

Các triệu chứng cơ năng đều giảm dần sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Trong đó sự khác biệt các triệu chứng đau đầu, nghẹt mũi, chảy mũi, rối loạn khứu giác trước và sau phẫu thuật 3 tháng là có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Các triệu chứng ho, vướng đàm, ù tai ở bệnh nhân đều giảm dần sau phẫu thuật. Các triệu chứng này do dịch nhầy mũ trong xoang gây viêm các tổ chức lân cận. Sau phẫu thuật, bệnh tích trong xoang được giải quyết, các triệu chứng cũng giảm dần.

Tại thời điểm 3 tháng, chúng tôi nhận thấy có sự cải thiện đáng kể triệu chứng của bệnh nhân trên nội soi, niêm mạc hố mũi gần như trở về bình thường, một vài trường hợp lỗ thông xoang bướm còn phù nề nhẹ (6,8%) nhưng không có trường hợp bị bít tắc, niêm mạc xuất tiết dịch nhầy trong (12,7%). Một trường hợp (1,7%) còn xuất tiết dịch nhầy đục, tái phát polyp mũi ở phức hợp lỗ ngách, kèm theo có dính cuốn mũi giữa vào thành bên hốc mũi. Tại lỗ thông xoang bướm, niêm mạc đã che phủ lại bờ xương lộ ra ở thời điểm phẫu thuật.

Thời gian 3 tháng sau phẫu thuật là phù hợp để đánh giá kết quả điều trị vì thời điểm này đủ để niêm mạc mũi xoang phục hồi về mặt chức năng. Chúng tôi đánh giá kết quả điều trị dựa trên sự cải thiện về triệu chứng cơ năng và sự cải thiện về triệu chứng thực thể trên nội soi, trong đó kết quả tốt đạt 83,1%, trung bình 15,2%, xấu 1,7%.

V. KẾT LUẬN

Đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất trong bệnh viêm xoang bướm (89,8%), vị trí đau đầu đa dạng, thường gặp nhất ở vùng đỉnh (24,4%) và vùng chẩm (20,5%). Các triệu chứng thường gặp khác bao gồm chảy mũi (84,7%), nghẹt mũi (64,4%), rối loạn khứu giác (23,7%). Các triệu chứng thực thể trên nội soi gồm phù nề niêm mạc (30,5%) và dịch nhầy đục ngách bướm sàng (25,4%). Trên CLVT, đa số các trường hợp có khối mờ xoang bướm đồng nhất (84,7%). Thành xoang bướm bình thường chiếm tỉ lệ cao (61,0%).

Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là mở vào xoang bướm trực tiếp (88,1%). Sau phẫu thuật, các triệu chứng cải thiện có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Niêm mạc hố mũi và lỗ thông xoang bướm phục hồi tốt, sau phẫu thuật 3 tháng 6,8% lỗ thông xoang bướm phù nề, 1,7% có dịch đục ngách bướm sàng, 1,7% có sẹo dính hố mũi. Kết quả chung của phẫu thuật gồm 83,1% loại tốt, 15,2% loại trung bình, 1,7% loại xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Dũng (2008), *Phẫu thuật nội soi điều trị tổn thương trong xoang bướm*, Luận án Tiến sĩ y học.
2. Biện Văn Hoàn (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính của bệnh lý viêm và*

- u xoang bướm đơn độc*., Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường ĐH Y Hà Nội.
3. Hồ Xuân Trung (2017), *Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang mạn tính có viêm xoang bướm bằng phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang*, Y Dược học Trường ĐHYD Huế, 6(6), tr 114-121.
 4. Trần Hà Việt Thắng (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm xoang bướm mạn tính ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường ĐHYD Cần Thơ.
 5. Charakorn N & Snidvongs K (2016), *Chronic sphenoid rhinosinusitis: management challenge*, J Asthma Allergy, 9, pp 199-205.
 6. Daniel Simmen & Nick Jones. (2013). *Manual of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery* (2 ed.).
 7. Krishnan (2017), *Isolated Sphenoid Sinusitis*, Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, pp 1-3.
 8. Myers N, FACS & FRCS Edin (2018), "Endoscopic Sphenoidotomy", *Operative Otolaryngology, 3rd Edition*, pp 729.
 9. Raz E, Win W, Hagiwara M, Lui Y. W, Cohen B & Fatterpekar G. M (2015), *Fungal Sinusitis*, Neuroimaging Clin N Am, 25(4), pp 569-576.

(Ngày nhận bài 20/7/2021 ngày duyệt đăng 13/9/2021)
