

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC U NHẦY XOANG TRÁN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TPHCM TỪ 2022 ĐẾN 2023

Lê Trần Quang Minh¹, Chu Lan Anh^{2*}, Phan Ngọc Hưng³

¹ Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh

² Bộ môn Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³ Học viên cao học Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v69i64.118>

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U nhầy xoang trán ngày càng phổ biến. Triệu chứng âm thầm làm bệnh nhân thường đến khám trễ. U nhầy thường xâm lấn vào các vị trí quan trọng xung quanh như ổ mắt, sàn sọ. Điều này dẫn đến những biến chứng nguy hiểm như mù, nhiễm trùng nội sọ, tăng áp lực nội sọ. Việc chẩn đoán sớm và kịp thời rất quan trọng để hạn chế các biến chứng nguy hiểm. Nên khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học u nhầy xoang trán giúp hỗ trợ chẩn đoán và điều trị kịp thời cho bệnh nhân.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của u nhầy xoang trán. Khảo sát đặc điểm u nhầy xoang trán trên CT scan. Phân loại phương pháp phẫu thuật điều trị u nhầy xoang trán.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 33 người trưởng thành đến khám tại bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ 11/2022 đến 08/2023. Ghi nhận triệu chứng lâm sàng, đặc điểm Phim CT scan và phương pháp phẫu thuật.

Kết quả: Đặc điểm lâm sàng: 12 trường hợp (36,36%) Nghẹt mũi, 4 trường hợp (12,1%) giảm khứu giác, 15 trường hợp (45,45%) đau/nặng mắt, 14 trường hợp (42,42%) có khối sưng góc trong ổ mắt/thành trước xoang trán, 28 trường hợp (84,85%) lồi mắt, 14 trường hợp (42,42%) giảm thị lực, 4 trường hợp (12,12%) nhìn đôi, 5 trường hợp (15,15%) sụp mi, 28 trường hợp (84,85%) di lệch nhãn cầu. Đặc điểm trên CT scan: 31 trường hợp (93,94%) vị trí nằm trong, 2 trường hợp (6,06%) vị trí trung gian, 28 trường hợp (84,85%) xâm lấn thành trong ổ mắt, 10 trường hợp (30,3%) xâm lấn thành trước xoang trán, 12 trường hợp (36,36%) xâm lấn thành sau xoang trán.

Phương pháp phẫu thuật: 33 trường hợp (100%) được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

* Tác giả chính: Lê Trần Quang Minh; ĐT: 0903991151; Email: dr_minhle@yahoo.com

Tác giả liên hệ: Chu Lan Anh; ĐT: 0913867577; Email: Chulananh2002@gmail.com.

Nhận bài: 11/5/2024

Ngày nhận phản biện: 20/5/2024

Ngày nhận phản hồi: 29/5./2024

Ngày duyệt đăng: 30/5/2024

Kết luận: U nhầy xoang trán cần được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Triệu chứng về mắt là triệu chứng chính khiến bệnh nhân đi khám bệnh. CT là công cụ chẩn đoán chính và chính xác ngay cả khi chưa có biểu hiện lâm sàng. Hầu hết u nhầy xoang trán có thể giải quyết qua phẫu thuật nội soi.

Từ khóa: U nhầy, xoang trán, triệu chứng, hình ảnh học.

SURVEY OF CLINICAL AND MEDICAL IMAGING OF FRONTAL SINUS MUCOCELES AT EAR, NOSE AND THROAT HOSPITAL HCMC FROM 2022 TO 2023

ABSTRACT

Introduction: Frontal sinus mucocele has been seen more common recently. Patients usually came to hospital in late stage of the disease because symptoms and presentation are often dictated by mucocele extension to neighboring such as the eye socket and skull base. This leads to dangerous complications such as blindness, intracranial infection, and increased intracranial pressure. Early diagnosis is very important to limit dangerous complications. The clinical symptoms and medical imaging of frontal sinus mucoceles should be investigated to help support timely diagnosis and treatment of patients

Objectives: Describe the clinical characteristics of frontal sinus mucocele. Investigation of characteristics of frontal sinus mucocele on CT scan. Classification of Surgical approaches for treating frontal sinus mucocele.

Methods: The descriptive study included 33 adults who were examined at Ear, Nose and Throat Hospital HCMC in the period from 11/2022 and 08/2023. Record clinical symptoms, CT scan characteristics and surgical approaches.

Results: Clinical symptoms: 12 cases (36,36%) had nasal obstruction, 4 cases (12,12%) had hypo-/anosmia, 15 cases (45,45%) had facial pain/pressure, 14 cases (42,42%) had frontal facial swelling, 28 cases (84,85%) had proptosis, 14 cases (42,42%) had blurred vision, 4 cases (12,12%) had diplopia, 5 cases (15,15%) had eyelid ptosis, 28 cases (84,85%) of globe displacement. Characteristics on CT scan: 31 cases (93,94%) Mucoceles presenting medial to the lamina papyracea, 2 cases (6,06%) in the intermediate position, 28 cases (84,85%) had erosion of the medial orbital wall, 10 cases (30,3%) had erosion of the anterior wall of the frontal sinus, 12 cases (36,36%) had erosion of the posterior wall of the frontal sinus. Surgical method: 33 cases (100%) were treated with endoscopic surgery.

Conclusions: Frontal sinus mucoceles needs to be diagnosed early and treated **timely**. Orbital symptoms are the main symptoms that make patients came to **hospital**. CT plays a key role in the diagnosis of mucoceles. Most frontal sinus mucoceles can be resolved through endoscopic surgery.

Keywords: Mucocele, frontal sinus, symptoms, medical imaging.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhầy là u lành tính thường gặp ở các xoang cạnh mũi, do bít tắc lỗ thông xoang. U nhầy phát triển chậm, và có thể lan rộng được tìm thấy trong các xoang cạnh mũi. U nhầy có thể phá hủy các cấu trúc lân cận do hiện tượng tiêu xương và đè ép các cấu trúc xung quanh, đáng chú ý nhất là ổ mắt và sàn sọ. U nhầy có thể hình thành ở bất kỳ xoang cạnh mũi nào, thường gặp nhất ở xoang trán. Chúng có thể hình thành ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên phần lớn được chẩn đoán ở bệnh nhân từ 40-60 tuổi. Các u nhầy mở rộng theo hướng chịu ít lực cản nhất, thường là thành trong ổ mắt. Nhiễm trùng thứ phát có thể dẫn đến mở rộng nhanh chóng với việc tăng nguy cơ biến chứng, đặc biệt là ở vùng quanh ổ mắt. U nhầy xoang trán dễ xâm vào ổ mắt nên các triệu chứng mắt sẽ thường là dấu hiệu đầu tiên khiến bệnh nhân phải đi nhập viện. CT scan ngoài giúp chẩn đoán chính xác còn cung cấp nhiều thông tin giá trị về vị trí, đặc điểm giải phẫu bất thường và sự xâm lấn của u nhầy vào tổ chức xung quanh như ổ mắt, sàn sọ. Hơn nữa, CT scan còn hỗ trợ phẫu thuật lựa chọn con đường tiếp cận và dẫn lưu khối u nhầy hiệu quả nhất [11,12], [18,19]

U nhầy diễn tiến âm thầm nên chẩn đoán thường ở giai đoạn trễ đã xâm lấn vào các vị trí xung quanh như ổ mắt, sàn sọ. Điều này dẫn đến những biến chứng nguy hiểm như mù, nhiễm trùng nội sọ, tăng áp lực nội sọ. Việc chẩn đoán sớm và kịp thời rất quan trọng để hạn chế các biến chứng nguy hiểm. Nên Chúng tôi quyết định tiến

hành nghiên cứu: “*Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học u nhầy xoang trán tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP HCM từ 2022 đến 2023*” với mục tiêu nghiên cứu.

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của u nhầy xoang trán.
2. Khảo sát đặc điểm u nhầy xoang trán trên CT scan.
3. Mô tả phương pháp phẫu thuật điều trị u nhầy xoang trán

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca gồm 33 bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP Hồ Chí Minh và được chẩn đoán là u nhầy xoang trán có chụp CT scan mũi xoang từ 11/2022 đến 08/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân > 18 tuổi, được chẩn đoán u nhầy xoang trán và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: giải phẫu bệnh không phải là u nhầy, bất thường thường nhãn cầu bẩm sinh.

Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng Y đức Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Các bước tiến hành

Bước 1: Chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn chọn mẫu và đưa vào nhóm nghiên cứu.

Bước 2: Thu thập thông tin cá nhân: họ tên, tuổi, giới tính.

Bước 3: Thu nhập các dữ liệu lâm sàng, hình ảnh CT scan của bệnh nhân đã được chụp. Dữ liệu về hình ảnh được chép vào

máy tính và phân tích bằng phần mềm eFilm Workstation 3.4.0 (MERGE Healthcare Co.2005). Với thông số kỹ thuật cho phép tối ưu của máy CT đa lát cắt hiện tại (64 lát cắt), độ mỏng giữa các lát cắt được thiết lập với khoảng cách gần như liên tục (0,625mm), phần mềm eFilm cho xử lý hình ảnh 3 thiết diện nhờ chức năng MPR, liên tục giúp mô tả thực hình ảnh học mũi xoang.

Dùng phần mềm eFilm để xử lý và phân tích hình ảnh phim MSCT.

Các thông tin thu thập bao gồm:

- Nguyên nhân.
- Thời gian mắc bệnh
- Lý do vào viện
- Triệu chứng lâm sàng về mắt: lồi mắt, căng tức ổ mắt, chảy nước mắt sống, nhìn mờ, nhìn đôi, sụp mi, di lệch nhãn cầu, hạn chế vận nhãn.
- Triệu chứng lâm sàng về mũi xoang: chảy mũi, ngạt mũi, đau đầu nhức vùng mặt, giảm ngửi.
- Triệu chứng thực thể về biến dạng vùng mặt: khối phòng và vị trí.
- Thu thập phim CT các tất cả bệnh nhân.
- Kết quả phim CT scan mũi xoang đã được bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh đọc và đánh giá.
- Phân loại theo vị trí u nhầy trên CT scan
- Phân loại u nhầy trên CT scan
- Hướng mở rộng u nhầy trên CT scan: ổ mắt, thành trước, sau xoang trán,...

- Phương pháp phẫu thuật trên tất cả bệnh nhân



Hình 1. Phân loại vị trí u nhầy xoang trán



Hình 2. U nhầy xâm lấn ổ mắt

Bước 4: Sử dụng phần mềm Stata 14.0 và Excell 2010 để phân tích số liệu thu thập được và trình bày kết quả.

3. KẾT QUẢ

Trong 33 bệnh nhân của mẫu nghiên cứu có 14 nam và 19 nữ, độ tuổi giao động từ 30 đến 88 tuổi (trung bình $54,42 \pm 13,53$).

Thời gian từ lúc có triệu chứng đến khi bệnh nhân đi khám nhiều nhất là ≤ 3 tháng chiếm 51,52%, ít nhất là > 12 tháng với 6,06%. (bảng 1).

Nguyên nhân u nhầy xoang trán thường gặp nhất là tiền căn PTNS, tiếp đến là viêm mũi xoang mạn, chấn thương và 39,39% không tìm được nguyên nhân (bảng 2).

Lý do khiến bệnh nhân đi khám nhiều nhất là lồi mắt 33,33%, tiếp theo là đau/nặng mắt, ổ mắt 24,24% và các triệu chứng liên quan đến ổ mắt khác như nhìn mờ, chảy nước mắt, khối phòng góc trong mắt. Đặc biệt có 1 trường hợp (3,03%) vô tình phát hiện sau chụp CT scan do viêm tai giữa (bảng 3).

Triệu chứng cơ năng của mắt: Nhìn mờ thường gặp nhất 42,42% (lồi mắt tính vào triệu chứng thực thể), đến căng tức ổ mắt, chảy nước mắt sống, sụp mi, nhìn đôi lần lượt là 21,21%, 18,18%, 15,15%, 12,12% (bảng 4).

Triệu chứng thực thể của mắt nhiều nhất là lồi mắt 84,85%, ít nhất là giới hạn vận động nhãn cầu và giảm thị lực nặng 6,06%. Di lệch nhãn cầu trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là ra ngoài và ra ngoài xuống dưới (bảng 5).

Triệu chứng mũi xoang: Đau nặng mắt 45,45%, nghẹt mũi 36,36%, chảy mũi 24,24% và giảm khứu 12,12% (bảng 6).

Triệu chứng biến dạng vùng mặt: khối phòng góc trong ổ mắt và mắt trước xoang trán chiếm 36,36% và 21,21% (bảng 6).

Phân loại u nhầy dựa vào vị trí trong nhất của u nhầy: 93,94% u nhầy nằm trong, 6,06% vị trí trung gian và không có trường hợp nào nằm ngoài (bảng 7). Phân loại theo

các nghiên cứu khác ở Việt Nam 87,88% nhóm sàng trán, 12,12% chỉ nằm trong xoang trán.

84,85% u nhầy xoang trán xâm lấn vào thành trong ổ mắt. Các vị trí ít xâm lấn hơn là thành thành sau, trước, trong xoang trán và trần ổ mắt lần lượt chiếm 36,36%, 30,3%, 15,15% và 33,33% (bảng 8).

100% bệnh nhân đều được điều trị bằng phẫu thuật nội soi. Trong đó nhóm Draf I/IIa chiếm chủ yếu 87,88%, Draf IIb chiếm 3,03% và còn lại 9,09% thuộc nhóm Draf III (bảng 9).

Bảng 1. Thời gian mắc bệnh

Thời gian	Số ca	Tỷ lệ %
<=3 tháng	17	51,52
3-6 tháng	8	24,24
6-12 tháng	6	18,18
>12 tháng	2	6,06

Bảng 2. Nguyên nhân

Tiền căn	Số ca	Tỷ lệ %
Không có tiền căn	13	39,39
PTNS mũi xoang	10	30,30
Viêm mũi xoang mạn	7	21,21
Chấn thương mũi mặt	3	9,09

Bảng 3. Lý do khám bệnh

Lý do khám bệnh	Số ca	Tỷ lệ %
Lồi mắt	11	33,33
Đau/nặng mắt, ổ mắt	8	24,24
Khối phòng góc trong mắt	5	15,15
Nhìn mờ	4	12,12
chảy nước mắt sống	2	6,06
Khối phòng mắt trước xoang trán	1	3,03
Nghẹt mũi	1	3,03
Viêm tai giữa	1	3,03

Bảng 4. Triệu chứng cơ năng của mắt

Triệu chứng Vị trí	Căng tức ở mắt	Chảy nước mắt sống	Nhìn mờ	Nhìn đôi	Sụp mí	N
Xoang trán	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	4
Sàng trán	6 (20,69%)	5 (17,24%)	12 (41,38%)	3 (10,34%)	4 (13,79%)	29
Tổng	7 (21,21%)	6 (18,18%)	14 (42,42%)	4 (12,12%)	5 (15,15%)	33

Bảng 5. Triệu chứng thực thể của mắt

Triệu chứng Vị trí	Giảm thị lực		Di lệch nhãn cầu			Lồi mắt	Giới hạn vận động	N
	<5/10	>5/10	Xuống dưới	Ra ngoài và xuống dưới	Ra ngoài			
Xoang trán	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)	0 (0%)	4
Sàng trán	2 (6,9%)	10 (34,48)	0 (0%)	9 (31,03%)	16 (55,17)	25 (86,21%)	2 (6,9%)	29
Tổng	2 (6,06%)	12 (36,36%)	2 (6,06%)	10 (30,3%)	16 (48,48%)	28 (84,85%)	2 (6,06%)	33

Bảng 6. Triệu chứng mũi xoang

Triệu chứng	Chảy mũi	Nghẹt mũi	Giảm khứu giác	Đau nặng mặt	Khô phòng		N
					Góc trong mắt	Trước xoang trán	
Số ca	8 (24,24%)	12 (36,36%)	4 (12,12%)	15 (45,45%)	12 (36,36%)	7 (21,21%)	33

Bảng 7. Phân Loại u nhầy theo vị trí

Phân loại vị trí u nhầy	Số ca	Tỉ lệ %
Trong	31	93,94
Trung gian	2	6,06
Ngoài	0	0

Bảng 8. Hướng lan u nhầy xoang trán

Hướng lan u nhầy	Số ca	Tỉ lệ %
Thành trước xoang trán	10	30,3
Thành sau xoang trán	12	36,36
Thành trước và sau	7	21,21
Tràn ổ mắt	11	33,33
Thành trong ổ mắt	28	84,85
Vách liên xoang trán	5	15,15

Bảng 9. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số ca	Tỉ lệ %	
Đường ngoài	0	0	
PTNS	Draf I/IIa	29	87,88
	Draf IIb	1	3,03
	Draf III	3	9,09

4. BÀN LUẬN

Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh được tính kể từ khi bệnh nhân bắt đầu xuất hiện triệu chứng u nhầy đến lúc được chẩn đoán tại chuyên khoa tai mũi họng. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân được phát hiện sớm trong 3 tháng đầu chiếm 51,52%. Kết quả này cao hơn khi so sánh với tác giả Nguyễn thị Thu Đức [4] năm 2011 là 35 % và cao hơn nhiều 2 tác giả Nguyễn Chí Hiếu [7] là 21,15%, Nguyễn Huy Tần [8] là 27,5% của thập niên 2000. Tỷ lệ bệnh nhân u nhầy được phát hiện trong năm đầu tiên của chúng tôi là 93,94% cao hơn tác giả Nguyễn thị Thu Đức [4] năm 2011 là 82,5% và cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Chí Hiếu [7] 53,84%, Nguyễn Huy Tần [8]

65%. Điều này cho thấy bệnh lý u nhầy xoang trán ngày càng được chẩn đoán sớm hơn và bệnh nhân đã bắt đầu lo lắng hơn khi biểu hiện các triệu chứng sớm của u nhầy và thúc đẩy họ đi khám sớm hơn. Chúng tôi nhận thấy bệnh nhân biểu hiện các triệu chứng liên quan đến mắt khiến họ đi khám bệnh sớm hơn và nhiều hơn các triệu chứng của mũi xoang và đau đầu. Vì thế đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chuyển đến từ bệnh viện mắt.

Nguyên nhân

Bệnh sinh của u nhầy là do tắc lỗ thông xoang. Qua 33 trường hợp nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy 30,3% có tiền căn phẫu thuật mũi xoang, 21,21% viêm mũi xoang mạn, 9,09% chấn thương mũi mắt và 39,39% không có tiền căn nguy cơ. So với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hảo Hón [6] 71,4% sau phẫu thuật mũi xoang, 5,7% sau chấn thương, 2,9% do u chèn ép và 20% là nguyên phát. Nghiên cứu của 2 tác giả Nguyễn Thị Ngọc Dung và Nguyễn Thị Quỳnh Lan [10] tiền căn viêm mũi xoang mạn, phẫu thuật mũi xoang và chấn thương là như nhau 8,6%. Theo tác giả Nguyễn Thị Thu Đức [4] 5% phẫu thuật mũi xoang, 25% viêm mũi xoang mạn, 5% chấn thương và 65% không có nguyên nhân. Còn theo Chih-Chieh Tseng và cộng sự [13] 13/41 trường hợp (31,7%) có phẫu thuật mũi xoang và 6/41 trường hợp (14,6%) có tiền căn viêm mũi xoang hoặc có chấn thương mũi mắt. Qua đây, chúng ta có thể thấy viêm mũi xoang và phẫu thuật

mũi xoang là nguyên nhân chính dẫn đến u nhầy.

Lý do đến khám

Lòe mắt là triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám nhiều nhất là 33,33%, rồi tiếp theo đến các về đề khác của mắt như đau/nặng mắt, ổ mắt, khối phòng góc mắt, nhìn mờ nên đa số bệnh nhân đến với chúng tôi được chuyển từ bệnh viện mắt. Triệu chứng mũi xoang duy nhất khiến bệnh nhân đi khám bệnh là nghẹt mũi chỉ chiếm 3,03%. Có một trường hợp bệnh nhân đến khám vì viêm tai giữa được chỉ định chụp CT scan và phát vô tình hiện ra u nhầy xoang trán và không có triệu chứng gì liên quan đến u nhầy. Khi so sánh với tác giả Nguyễn Thị Thu Đức [4] lòe mắt chiếm 45% là lớn hơn khá nhiều so với chúng tôi, đến khối phòng góc trong mắt, đau/nặng mắt, nghẹt mũi, chảy nước mắt, nhìn mờ tỉ lệ gần giống chúng tôi. Nghiên cứu của 2 tác giả Nguyễn Thị Ngọc Dung và Nguyễn Thị Quỳnh Lan [10] tiền căn đến 88% bệnh nhân đến khám do lòe mắt. Thực tế số lượng bệnh nhân bị lòe mắt ở nghiên cứu của chúng tôi là lớn hơn nhiều nhưng không phải ai cũng nhận ra sự thay đổi từ từ của lòe mắt, cũng như không đủ khiến họ lo lắng phải đi khám bệnh cho đến khi xuất hiện triệu chứng khác.

Triệu chứng của mắt

Lòe mắt là triệu chứng phổ biến nhất nhất chiếm 84,85%. Kết quả này phù hợp gần như tất cả các nghiên cứu trước đó như Phùng Thị Hoà [3] 84,6%, Nguyễn Minh Hảo Hón [6] 85,7%, Nguyễn Thị Thu Đức

[4] 67,5%, Nguyễn Thị Quỳnh Lan [10] 100%. Các nghiên cứu ở nước ngoài của Yoo-suk Kim [14], Sergio Obeso [15], Ta-Jen Lee [16] là thấp hơn đáng kể lần lượt là 24,4%, 18%, 32,9%. Lỗi mắt là triệu chứng nhiều nhất khiến bệnh nhân đi khám sớm nhưng thực thể đây là một triệu chứng ở giai đoạn muộn khi u nhầy phát huỷ các thành ổ mắt đẩy nhãn cầu ra trước vì giai đoạn sớm u nhầy gần như không có triệu chứng. Nghiên cứu ở nước ngoài có tỉ lệ thấp hơn nước ta có thể do họ được chẩn đoán giai đoạn sớm hơn khi u nhầy chưa xâm lấn vào ổ mắt.

Triệu chứng hay gặp thứ hai là nhìn mờ chiếm 42,42%, tương đồng với tác giả Nguyễn Minh Hào Hón [6] là 42,8%, Phùng Thị Hoà [3] 38,5%. Lớn hơn không quá nhiều so với tác giả Nguyễn Thị Thu Đức [4] 32,5%, Nguyễn Huy Tần [8] 30%, Nguyễn Chí hiếu [7] 32,7%. Cao hơn nhiều so với tác giả, Yoo-Suk Kim [13] 17,8%, Nguyễn Thị Quỳnh lan [10] 12,5%, và thấp hơn nhiều so với Danie Kokong [17] 80%. Khi đánh giá về mức độ giảm thị lực chỉ có 2/14 (14,3%) là giảm thị lực nặng <5/10 tương đồng với kết quả của các tác giả Nguyễn Minh Hào Hón [6], Nguyễn Thị Thu Đức [4], Daniel Kokong [17], Yoo- Suk Kim [14].

Chảy nước mắt chiếm 18,18% kết quả này khá tương đồng khi so sánh với nghiên cứu của Phùng Thị Hoà [3] 15,4%, Nguyễn Huy Tần [8] 27,5%. Thấp hơn khi so với Nguyễn Thị Thu Đức [4] 32,5% và cao hơn khi so Nguyễn Minh Hào Hón [6] 2,9%. Đây là triệu

chứng chèn ép vào túi, ống lệ làm nước mắt hay do lỗi mắt làm giác mạc bị khô kích thích tiết nước mắt. Tuy nhiên triệu chứng này không rõ rệt và không thật sự làm bệnh nhân lo lắng để chú ý đến nó.

Nhìn đôi xuất hiện ở 12,12% trường hợp. Kết quả này tương tự với các tác giả Nguyễn Thị Thu Đức [4] 10%, Nguyễn Chí Hiếu [7] 13,5%, Nguyễn Huy Tần [8] 15%. Nhưng lại cao hơn so với tác giả Nguyễn Minh Hào Hón [6] 2,9%, Phùng Thị Hoà [3] 0%. Thật ra thì kết quả của tất cả các nghiên cứu đều thấp. Điều này có thể giải thích do triệu chứng này xuất hiện muộn khi u nhầy xâm lấn ổ mắt, đẩy lệch nhãn cầu làm lệch trục nhãn cầu.

Sụp mí gặp ở 15,15% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi, tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Thu Đức [4] 15%, Nguyễn Tần Huy [8] 12,5%. Cao hơn so với Phùng Thị Hoà [3] 7,7%, Nguyễn Chí Hiếu [7] 7,7%. Giống như nhìn đôi triệu chứng nhìn đôi, sụp mí cũng ít gặp và xuất hiện ở giai đoạn trễ khi u nhầy đủ lớn xâm lấn đè vào cơ nâng mí trên, làm nó không thể co lại được. Đồng thời nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá u nhầy xoang trán và sàng trán là ảnh hưởng nhiều nhất đến triệu chứng này nên cao hơn các nghiên cứu đánh giá chung các xoang cạnh mũi.

Di lệch nhãn cầu ở nghiên cứu của chúng tôi đa số là ra ngoài 48,48% và ra ngoài xuống dưới 30,3% còn xuống dưới đơn thuần chỉ 6,1%, vì mẫu của chúng tôi đa số là nhóm sàng trán. Có khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị

Thu Đức [7] khi tác giả đánh giá chung cả u nhầy xoang trán và xoang sàng thì DLNC xuống dưới và xuống dưới ra ngoài lần lượt là 30%, 25%. Phù hợp khi so với Nguyễn Chí Hiếu [7] và thấp hơn Nguyễn Huy Tàn [8] về di lệch xuống dưới ngoài lần lượt là 43,8%, 56,7%.

Tỉ lệ bệnh nhân giới hạn vận động nhãn cầu của chúng tôi là ít nhất trong nhóm các triệu chứng ở mắt chiếm 6,06%, tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Thu Đức [4] 5%, Nguyễn Huy Tàn [8] 5%, Yoo-Suk Kim [13] 5,2%, Nguyễn Thị Quỳnh Lan [10] 3,1%. Để một bệnh nhân u nhầy có giới hạn vận động nhãn cầu khi u nhầy rất lớn đè ép nhãn cầu cũng như nhóm cơ trực trong, cơ trực trên, cơ chéo trên làm giới hạn vận động nhãn cầu.

Căng tức ổ mắt là triệu chứng chủ quan dễ nhầm lẫn với đau/nặng mắt. Kết quả của chúng tôi là 20% nằm giữa khi so với tác giả Nguyễn Minh Hào Hón [6] và Nguyễn Thị Thu Đức [4] lần lượt là 8,6% và 35%.

Triệu chứng mũi xoang và biến dạng vùng mắt

Triệu chứng đau/nặng mắt cùng với nghẹt mũi chiếm tỉ lệ cao lần lượt 45,45% và 36,36%. Tương đồng với tác giả Phùng Thị Hoà [3] 42,3% và 37,8%, cao hơn so với tác giả Nguyễn Thị Thu Đức [4] 20% và 22,5%, Nguyễn Chí Hiếu [7] 26,9% nghẹt mũi, Nguyễn Thị Quỳnh Lan 12,5% [10] nghẹt mũi. Các triệu chứng ở mũi xoang thường một bên và nhẹ nên bệnh

nhân ít khi để ý đến nên chỉ có 1 bệnh nhân đi khám bệnh vì nghẹt mũi.

Giảm khứu giác xuất hiện khá ít ở 12,12% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như 15% ở tác giả Nguyễn Thị Thu Đức [4] và 0% với nghiên cứu Phùng Kỳ Hoà [3]. Hầu hết các bệnh nhân có giảm khứu giác đều có polyp mũi kèm theo.

Biến dạng vùng mắt qua thăm khám sẽ có 2 vùng có khối phòng là góc trong ổ mắt và mắt trước xoang trán chiếm 42,42% trường hợp. Tương đồng so với Phùng Thị Hoà [3] 38,5%, thấp hơn sơ với Nguyễn Thị Thu Đức [4] 50%, Nguyễn Chí Hiếu [7] 57,5% và thấp hơn nhiều so với Nguyễn Tàn Huy [8] 86,5%. cao hơn các nghiên cứu nước ngoài Yoo-Suk Kim [14], Ta-Jen Lee [16] lần lượt là 36,4%, 29,3%. Khối phòng thường xuất hiện muộn khi u nhầy đủ lớn để tiêu mòn thành xương và đẩy phòng vùng da ở bên ngoài.

Phân loại u nhầy xoang trán theo vị trí

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm sàng trán chiếm 87,88% tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hào Hón [6] và Nguyễn Thị Thu Đức [4] lần lượt là 86,4% và 80%. Cao hơn so với tác giả Phùng Thị Hoà [3] 53,84% và Nguyễn Thị Nhân [2] 54,5%. Cách phân chia vị trí này chỉ giải thích biểu hiện triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân chứ không thống nhất với cách phân chia với các báo cáo khác trên thế giới và không hỗ trợ trong lựa chọn phương pháp điều trị cho bệnh nhân.

Phân loại chung hiện nay để thống

nhất trong các báo cáo và hỗ trợ phương pháp điều trị là dựa vào vị trí trong cùng của u nhầy. Trong nghiên cứu của chúng tôi là 93,94% vị trí ở trong, 6,06% vị trí trung gian và không có trường hợp nào ở ngoài. Kết hợp với các vấn đề phức tạp tại lỗ thông xoang trán, bệnh lý xoang trán đối diện và các vấn đề mũi xoang khác kèm theo giúp ra quyết định chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp.

Hướng mở rộng của u nhầy

Tỉ lệ xâm lấn vào thành trong ổ mắt là rất cao đến 84,85%, và nó tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhân [2], Nguyễn Minh Hào Hón [6], Nguyễn Thị Thu Đức [4] lần lượt là 81,8%, 80%, 79,2%. Điều này giải thích lý do u nhầy xoang trán đa số lại biểu hiện triệu chứng của mắt. Tỉ lệ xâm lấn vách liên xoang qua bên đối diện là ít nhất chiếm 15,15%. Xâm lấn thành trước, sau của xoang trán sắp xỉ bằng nhau 30,33% và 36,36% và tương đồng với Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Nhân [2] 36,4%, 31,8% và cao hơn nhiều so với tác giả Nguyễn Minh Hào Hón [6] xâm lấn thành sau 5,7%, còn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Đức [4] là 16%, 42%.Trần ổ mắt là một phần của thành dưới xoang trán bị xâm lấn 33,33% tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Nhân [2] 36,4% và cũng cao hơn nhiều so với tác giả Nguyễn Minh Hào Hón [6] 2,9%.

Phương pháp phẫu thuật

100% bệnh nhân được PTNS và trong đó 87,88% mổ Draf I/IIa do vị trí đa số nằm ở vị trí trong (2 trường hợp vị trí trung

gian) và không có vấn đề khó khăn ở vùng lỗ thông xoang trán. 3 trường hợp (9,09%) mổ Draf III, 2 trong số đó là tái phát (100%) có tân tạo xương, trường hợp mổ Draf III còn lại có viêm tắc xoang trán bên đối diện. Một trường hợp mổ Draf IIb (3,03%) do u nhầy vị trí trung gian mà Draf IIa không đủ can thiệp.

Phẫu thuật nội soi mũi xoang trong 100% các trường hợp gần như tương đồng khi so sánh với tác giả Nguyễn Minh Hào Hón [6] và Nguyễn Thị Quỳnh Lan [10] lần lượt là 97,1% và 96,7% sử dụng phương pháp PTNS mũi xoang, còn lại 2,9% và 3,3% PTNS kết hợp với đường Jacques. Khi so sánh với các nghiên cứu cũ hơn ở ngoài bắc thì tỉ lệ rất khác biệt, tác giả Nguyễn Thị Thu Đức [4] 40% mổ phối hợp PTNS với đường ngoài, 60% là PTNS đơn thuần. Theo tác giả Nguyễn Chí Hiếu [7] có đến 93,8% mổ đường ngoài và chỉ 6,2% là PTNS, còn trong nghiên cứu của Nguyễn Huy Tân [8] là 43,3% PTNS đơn thuần, còn lại 56,7% được mổ đường ngoài hoặc phối hợp. Việc thay đổi tỉ lệ của các phương pháp phẫu thuật qua các giai đoạn phụ thuộc vào trình độ phẫu thuật viên, sự sẵn có của các dụng cụ cần thiết trong PTNS. Phân loại vị trí của khối u là yếu tố quyết định chính lựa chọn phương pháp phẫu thuật kèm theo các vấn đề khó khăn để mở rộng lỗ thông xoang trán qua nội soi. Ngày nay khi PTNS có sự hỗ trợ của IGS trong những trường hợp khó như vị trí can thiệp gần sàn sọ, u nhầy xâm lấn ổ mắt, đặc biệt là trường hợp hủy sàn sọ thì gần như 100% các trường hợp u nhầy xoang trán

đều được dẫn lưu tốt qua PTNS. Có thể kết hợp đường ngoài ngoài khi dụng cụ không đủ can thiệp đến khối u nhầy hay xương quá cứng không thể mở rộng

5. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của u nhầy xoang trán

U nhầy xoang trán không có sự khác biệt giới tính, tuổi trung bình là $54,42 \pm 13,53$, độ tuổi phổ biến nhất là từ 40-60 tuổi. U nhầy xoang trán ngày càng được chẩn đoán sớm, 51,52% đến khám dưới 3 tháng khi bắt đầu có triệu chứng và lý do thường đưa người bệnh đến khám bệnh nhất là lồi mắt 33,33%. U nhầy xoang trán không có nguyên nhân chiếm 39,39%. Trong các tiền căn liên quan thì viêm mũi xoang mạn tính và PTNS mũi xoang là cao nhất 21,21% và 30,3%. Triệu chứng của mắt: lồi mắt 84,85%, giảm thị lực 42,42%, di lệch nhãn cầu 84,85%, căng tức ổ mắt 21,21%, chảy nước mắt sống 18,18%, nhìn đôi 12,12%, sụp mi 15,15%. Triệu chứng mũi xoang : chảy mũi 24,24%, nghẹt mũi 36,36%, giảm khứu giác 12,12%, đau/nặng mắt 45,45%, biến dạng vùng mắt 42,42%.

Đặc điểm trên CT scan của u nhầy xoang trán

Nhóm u nhầy sàng trán chiếm 87,88%, xoang trán đơn thuần 12,12%. Phân loại theo vị trí: 93,94% là nằm trong, còn 6,06% vị trí trung gian và không có trường hợp nào nằm ngoài. Hướng lan chủ yếu là xâm lấn vào ổ mắt chiếm 84,85% và ít nhất là xâm lấn vách liên xoang trán qua bên đối diện 15,15%. Xâm lấn thành trước, sau của

xoang trán, trần ổ mắt 30,33% và 36,36%, 33,33%.

Phương pháp phẫu thuật

100% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều được PTNS mũi xoang. 100% không có tai biến sau phẫu thuật và đa số đều có đáp ứng tốt ở giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Thanh Quang (2011), "Chẩn đoán và điều trị u nhầy xoang bướm qua phẫu thuật nội soi mũi xoang", *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*. 15(1), tr. 37-42
2. Nguyễn Thị Nhân, Lê Văn Khang, Nguyễn Quang Anh, Phạm Minh Thông (2020) "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u nhầy mũi xoang" *Điện quang Việt Nam*. 38, tr.58-62
3. Phùng Thị Hoà, Lê Minh Kỳ (2016), "Đặc điểm lâm sàng u nhầy xoang trán sàng bướm", *tạp chí tai mũi họng Việt Nam*. 61(31), tr. 68-75
4. Nguyễn Thị Đức (2011), "Nghiên cứu đặt điểm lâm sàng, cắt lớp vị tính và đối chiếu với phẫu thuật của u nhầy xoang trán sàng", *Luận văn thạc sĩ y học, đại học y Hà Nội*.
5. Nguyễn Quang Quyền (2013), "Bài giảng giải Phẫu Học", *Nhà xuất bản y học*. tr. 238-512
6. Nguyễn Minh Hào Hón, Huỳnh Vĩ Sơn, Lê Trần Quang Minh (2015), "Phẫu thuật u nhầy xoang xâm lấn hốc mắt qua nội soi mũi xoang với hệ

- thống định vị 3 chiều", *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*. 60(28), tr. 25-32
7. Nguyễn Chí Hiếu (2000), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị u nhầy xoang mặt tai viện Tai Mũi Họng", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, trường đại học y Hà Nội*.
 8. Nguyễn Huy Tần (2005), "Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị u nhầy trán sàng gặp tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, trường đại học y Hà Nội*.
 9. Đào Đình Thi, Lê Minh Kỳ, Nguyễn Đình Phúc và cộng sự (2005), "Chẩn đoán và điều trị u nhầy trán sàng tại khoa B1 bệnh viện TMHTW từ 2002-2005", *Tạp chí Tai Mũi Họng*. 1, tr. 1-7
 10. Nguyễn Thị Quỳnh Lan, Nguyễn Thị Ngọc Dung (2009). "Điều trị u nhầy xoang bằng phương pháp phẫu thuật nội soi mũi xoang", *Y học TP HCM*. 13(2), tr. 108-112
 11. Stilianos E. Kountakis Brent A. Senior Wolfgang Draf (2016), *The Frontal Sinus*. 2nd ed. *Springer Berlin Heidelberg*. Tr. 189-200
 12. Christos Georgalas, Anshul Sama (2022). *The Frontal Sinus Surgical Approaches and Controversies*, *Thieme Medical Publishers*. Tr 25-63
 13. Tseng, C.-C., Ho, C.-Y., & Kao, S.-C (2005), "Ophthalmic Manifestations of Paranasal Sinus Mucoceles", *Journal of the Chinese Medical Association*. 68(6), tr. 260–264.
 14. Kim YS, Kim K, Lee JG, Yoon JH, Kim CH (2011) "Paranasal sinus mucoceles with ophthalmologic manifestations: a 17-year review of 96 cases", *Am J Rhinol Allergy*. 25(4), tr. 272-275
 15. Obeso, S., Llorente, J. L., Pablo Rodrigo, J., Sánchez, R., Mancebo, G., & Suárez, C (2009), "Mucoceles de senos paranasales. Nuestra experiencia en 72 pacientes". *Acta Otorrinolaringológica Española*. 60(5), tr. 332–339
 16. Lee, T.-J., Li, S.-P., Fu, C.-H., Huang, C.-C., Chang, P.-H., Chen, Y.-W., & Chen, C.-W (2009), "Extensive paranasal sinus mucoceles: a 15-year review of 82 cases. American Journal of Otolaryngology". 30(4), tr. 234–238
 17. Ajaiyeoba A, Kokong D, Onakoya A (2006), "Clinicopathologic, ophthalmic, visual profiles and management of mucoceles in blacks", *J Natl Med Assoc*. 98(1), tr 63-6
 18. David W. Kennedy, Peter H. Hwang (2012), "Rhinology Diseases of the Nose, Sinuses, and Skull Base", *Thieme medical Publishers*. Tr. 271-532
 19. James N. Palmer, Alexander G. Chiu. B (2013), "Atlas of endoscopic sinus and skull base surgery" *Saunders/Elsevier*. Tr. 162-178.