

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI DƯỚI TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH CÓ QUÁ PHÁT CUỐN DƯỚI

Tăng Xuân Hải¹, Lê Văn Đào², Nguyễn Thị Ngọc Anh³, Trần Thị Quỳnh Liên⁴

1. Bệnh Viện Sản Nhi Nghệ An

2. Bệnh viện Tai Mũi Họng miền Trung

3. Đại học Y Dược Đại Học Thái Nguyên

4. Đại học Y Khoa Vinh

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i73.284>

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn mũi dưới. **Đối tượng:** gồm 37 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn mũi dưới được phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Miền Trung từ 06/2024 - 06/2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có can thiệp lâm sàng. **Kết quả:** 37 ca gồm 27 nam, 10 nữ; tuổi trung bình $32,65 \pm 10,22$; triệu chứng thường gặp là ngạt mũi (100%); tổng điểm NOSE giảm có ý nghĩa ($p < 0,01$) khi ra viện, sau 1 tháng và sau 03 tháng; cải thiện rõ rệt các triệu chứng như chảy mũi, hắt hơi, đau đầu và rối loạn khứu giác; sau 03 tháng 100% bệnh nhân có cuốn dưới thu nhỏ; 97,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau điều trị; VAS: 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới là một phương pháp an toàn và hiệu quả giúp cải thiện triệu chứng ngạt mũi trong điều trị viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn dưới.

Từ khoá: Viêm mũi xoang mạn tính, quá phát cuốn mũi dưới, phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới.

* Tác giả liên hệ: Lê Văn Đào

ĐT: 0974736526

Email: cherry2685@gmail.com

Nhận bài: 21/10/2025

Ngày nhận phản biện: 06/11/2025

Ngày nhận phản hồi: 07/11/2025

Ngày duyệt đăng: 12/11/2025

RESEARCH ON CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND RESULT OF ENDOSCOPIC INFERIOR TURBINOPLASTY IN CHRONIC RHINOSINUSITIS PATIENTS WITH HYPERTROPHY OF INFERIOR TURBINATES

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical, paraclinical features and evaluate the results of endoscopic inferior turbinoplasty in chronic rhinosinusitis patients with hypertrophy of inferior turbinates. **Subjects:** including 37 patients diagnosed with chronic rhinosinusitis with hypertrophy of inferior turbinates, treated by endoscopic inferior turbinoplasty at Central Otorhinolaryngology Hospital from 06/2024 - 06/2025. **Methods:** prospective and descriptive cross-sectional study with intervention. **Results:** 37 patients including 27 males and 10 females; mean age was $32,65 \pm 10,22$; the common symptom was nasal congestion (100%); postoperative NOSE score had a statistically significant decrease ($p < 0,01$) after hospital discharge, after 01 and 03 months compared with preoperative score; significant improvement was observed in symptoms such as runny nose, sneezing, headache and hyposmia; 100% of patients had their inferior turbinates reduced in size after 03 months; 97,3% of patients achieved good results after treatment; VAS: 100% of patients were satisfied with surgery results. **Conclusions:** Endoscopic inferior turbinoplasty is a safe and effective procedure to improve of nasal congestion for the treatment of chronic rhinosinusitis with hypertrophy of inferior turbinates.

Keywords: Chronic rhinosinusitis, inferior turbinate hypertrophy, endoscopic inferior turbinoplasty.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngạt mũi là một vấn đề phổ biến gặp trong thực hành tai mũi họng và có thể có nhiều nguyên nhân liên quan đến nhau. Những bất thường về cấu trúc mũi, vách ngăn hay bệnh lý niêm mạc mũi đều có thể là nguyên nhân gây ngạt mũi[12],[13]. Ngạt mũi làm cho bệnh nhân khó chịu và ngạt mũi kéo dài còn gây ra tình trạng khó thở do tắc nghẽn hô hấp, ngủ ngáy, mất ngủ. Vì vậy làm suy giảm dần sức khỏe của người bệnh[6].

Quá phát cuốn dưới là một nguyên nhân phổ biến của ngạt mũi và thường liên quan đến tình trạng viêm mãn tính[12],[14].

Tắc nghẽn mũi có thể đánh giá bằng các phương pháp chủ quan và khách quan. Một số bảng câu hỏi chấm điểm chủ quan ra đời và được khuyến khích sử dụng. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã sử dụng các thang điểm này để đánh giá mức độ ngạt mũi chủ quan của bệnh nhân. Hiện nay đã có nhiều phương pháp để đánh giá khách quan độ thông thoáng của mũi như đo khí áp mũi, đo sóng âm mũi. Đo khí áp mũi được ứng dụng trong đánh giá hiệu quả phẫu thuật cuốn mũi dưới, cho thấy đây là phương tiện đánh giá hiệu quả, khách quan, đặc biệt được sử dụng trong trường hợp mức độ ngạt mũi của bệnh nhân không phù hợp với thăm khám lâm sàng [3].

Nhờ vào sự phát triển rộng rãi của chuyên ngành phẫu thuật nội soi mũi xoang, sự hiểu biết về sinh lý mũi xoang, tận dụng những lợi thế cho hình ảnh phóng đại, nhìn rõ phẫu trường và các mốc giải phẫu của máy nội soi Tai Mũi Họng mà phương pháp phẫu thuật cắt một phần cuốn dưới qua nội soi là một sự lựa chọn tốt trong điều trị cuốn dưới quá phát với kết quả phẫu thuật tốt và tổn thương tối thiểu [15].

Vì vậy nhằm nghiên cứu một phương pháp với kỹ thuật đơn giản với đòi hỏi trang thiết bị tối thiểu, giá thành thấp, có thể áp dụng cho nhiều tuyến y tế, giải quyết hiệu quả triệu chứng

ngạt mũi trong viêm mũi mạn tính và vẫn giữ được các chức năng sinh lý của cuốn mũi chúng tôi thực hiện đề tài:

“Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn dưới”

Với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn mũi dưới tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Miền Trung.*

2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn mũi dưới.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 37 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn mũi dưới được phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Miền Trung từ 06/2024 - 06/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Độ tuổi > 15 tuổi.
- Được chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn mũi dưới được phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới.
- Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật và tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân được tái khám sau 01 tháng và 03 tháng.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần thiết theo yêu cầu nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật mũi xoang khác kèm theo như phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang, phẫu thuật cắt polyp mũi,...
- Hồ sơ bệnh án không ghi chép đầy đủ các dữ liệu cho yêu cầu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, có can thiệp lâm sàng.

2.2.2. Cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, ngẫu nhiên, không xác xuất.

2.3. Cách tiến hành

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, bàn mổ nghiêng 15 độ, đầu ngửa, mặt hướng đối diện phẫu thuật viên.
- Vô cảm: gây mê nội khí quản.
- Kỹ thuật : Phẫu thuật được tiến hành dưới sự quan sát bằng nội soi:
 - + Bước 1: Đặt mèche tẩm co mạch Naphazolin 0,05% hoặc Otrivin 0,1% vào hốc mũi mỗi bên khoảng 5 phút để làm rộng hốc mũi và hạn chế chảy máu.
 - + Bước 2: Để kiểm soát chảy máu tiềm tê tại chỗ cuốn dưới bằng hỗn hợp dung dịch lidocain 2% với Adrenalin 1/100.000 đơn vị vào dưới niêm mạc cuốn, dọc theo bờ tự do từ sau ra trước, mũi kim đâm sát vào cốt xương cuốn, khi thấy niêm mạc cuốn dưới căng phồng và trắng.
 - + Bước 3: Dùng dao số 15 rạch niêm mạc đầu cuốn hình L, mở rộng bóc tách ra phía sau. Trong quá trình bóc tách đi sát xương cuốn, tránh làm nham nhở phần niêm mạc và mép cắt.

+ Bước 4: Bộc lộ phần cuộn dưới phía dưới- ngoài, dùng kéo góc cắt phần cuộn dưới về phía dưới- ngoài kiểu hình chêm, gồm xương và niêm mạc.

+ Bước 5: Phủ vạt niêm mạc mặt trong lên phần phía ngoài còn lại để đóng kín vết cắt. Kiểm tra chảy máu. Nhét merocel và có thể nhét thêm meche tăng cường có tẩm mỡ kháng sinh. Lưu 48-72 giờ.

2.4. Phương tiện nghiên cứu

- Dụng cụ khám mũi xoang: đèn Clar, banh mũi đủ cỡ, đèn lưỡi, kẹp khuỷu, gương Glatzel.

- Phương tiện khám nội soi mũi xoang: màn hình, camera, nguồn sáng, optic 0° và optic 30° đường kính 4mm.

- Phim CTscan mũi xoang.

2.5. Xử lý thống kê

- Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học.

- Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 22.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được thực hiện trên 37 bệnh nhân (27 nam và 10 nữ). Độ tuổi trung bình là $32,65 \pm 10,22$, nhóm tuổi 16 - 30 chiếm tỷ lệ cao với 45,9%. Nghề nghiệp khá đa dạng trong đó nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (32,4%). Tỷ lệ bệnh nhân ở nông thôn cao gấp 3 lần bệnh nhân ở thành thị.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1. Lý do vào viện

Lý do vào viện chính chiếm tỷ lệ cao nhất là ngạt mũi 86,5%, sau đó là đau đầu với 8,1% và chảy mũi với 5,4%.

3.1.2. Thời gian ngạt mũi

Bệnh nhân có thời gian ngạt mũi từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 78,4%, kế đến là 6 - 10 năm với 13,5% và > 10 năm là 8,1%.

3.1.3. Tiền sử bệnh

Tiền sử bệnh lý: dị ứng mũi (67,6%), môi trường ô nhiễm (43,2%), hút thuốc lá (54,1%), hen phế quản (13,5%). Có 67,5% bệnh nhân có dùng thuốc co mạch trước đó.

3.1.4. Mức độ ngạt mũi theo thang điểm NOSE

Giá trị trung bình của bảng điểm đánh giá ngạt mũi (NOSE) trước phẫu thuật là $56,89 \pm 16,39$, giá trị thấp nhất là 25 điểm và cao nhất là 90 điểm.

3.1.5. Các triệu chứng cơ năng khác

Ngoài ngạt mũi thì chảy mũi là triệu chứng khiến nhiều bệnh nhân than phiền nhất (64,9%), kế đến là hắt hơi (40,5%), đau đầu (21,6%) và rối loạn khứu giác (5,4%).

3.1.6. Vị trí cuộn mũi dưới quá phát

Trong 37 bệnh nhân, có 11/37 (29,7%) trường hợp quá phát cuộn mũi một bên gồm 04 trường hợp bên trái (10,8%), 07 trường hợp bên phải (18,9%). Và có 26/37 trường hợp quá phát cuộn dưới cả hai bên (70,3%). Tổng số cuộn dưới quá phát là 63.

3.1.7. Phân độ cuộn mũi dưới quá phát theo Friedman

Bệnh nhân có quá phát cuộn mũi dưới theo phân độ Friedman độ III gặp nhiều nhất với 64,9%, sau đó đến quá phát độ II với 35,1%, không có bệnh nhân quá phát độ I.

3.1.8. Đo thông khí mũi bằng gương Glatzel

Ngạt mũi mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai bên mũi với mũi trái là 46,0%, mũi phải là 62,2%. Ngạt mũi mức độ nặng ở hai bên mũi lần lượt là mũi trái 21,6%, mũi phải 18,9%. Ngạt mũi mức độ nhẹ ở hai bên mũi lần lượt là mũi trái 13,5%, mũi phải 8,1%.

3.1.9. Mức độ ngạt mũi đo bằng Khí áp mũi - Rhinomanometry

Ngạt mũi mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,8%, sau đó là mức độ nhẹ với 24,3% và mức độ nặng là 18,9%

3.1.10. Hình thái xương cuộn dưới quá phát trên phim CLVT

Xương cuộn dưới thể mỏng lá chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,9%, tiếp đến là thể xóp với 24,3% và thể dẹt khum với 10,8%.

3.1.11. Khảo sát một số mối liên quan

- Có mối liên quan giữa mức độ ngạt mũi theo thang điểm NOSE và mức độ ngạt mũi đo bằng gương Glatzel.
- Có mối liên quan giữa mức độ ngạt mũi theo thang điểm NOSE và mức độ quá phát cuộn mũi dưới theo Friedman: độ quá phát cuộn mũi càng lớn thì mức độ ngạt mũi càng nặng.
- Có mối liên quan giữa mức độ ngạt mũi theo thang điểm NOSE và mức độ ngạt mũi đo bằng Khí áp mũi - Rhinomanometry.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật

3.2.1. Thời gian điều trị trung bình

Thời gian điều trị trung bình là $5,08 \pm 0,92$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 7 ngày.

3.2.2. Triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật, khi ra viện, sau 01 tháng và 03 tháng (n = 37)

Triệu chứng cơ năng	Trước phẫu thuật		Khi ra viện		Sau 01 tháng		Sau 03 tháng	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ngạt mũi	37	100	16	43,2	7	18,9	1	2,7
Chảy mũi	24	64,9	5	13,5	3	8,1	3	8,1

Hắt hơi	15	40,5	3	8,1	2	5,4	2	5,4
Đau đầu	8	21,6	2	5,4	0	0	0	0
Rối loạn khứu giác	2	5,4	1	2,7	0	0	0	0

Đa số bệnh nhân cải thiện các triệu chứng rõ rệt, nhất là ngạt mũi và đau đầu.

3.2.3. Mức độ ngạt mũi theo thang điểm NOSE trước và sau phẫu thuật

Bảng 2. Mức độ ngạt mũi theo thang điểm NOSE trước phẫu thuật, khi ra viện, sau 01 tháng và 03 tháng (n = 37)

Mức độ ngạt mũi	Trước phẫu thuật		Khi ra viện		Sau 01 tháng		Sau 03 tháng	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không ngạt	0	0	21	56,8	30	81,1	36	97,3
Nhẹ	1	2,7	11	29,7	7	18,9	1	2,7
Vừa	12	32,4	5	13,5	0	0	0	0
Nặng	20	54,1	0	0	0	0	0	0
Rất nặng	4	10,8	0	0	0	0	0	0
Tổng	37	100,0	37	100,0	37	100,0	37	100,0

Bảng 3. Đánh giá ngạt mũi (NOSE) trước và sau phẫu thuật (n = 37)

Thang điểm NOSE	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật		
		Khi ra viện	Sau 01 tháng	Sau 03 tháng
Trung bình	56,89	13,38	4,19	0,54
Độ lệch chuẩn	16,39	17,44	8,94	3,28
Giá trị p	-	0,000 < 0,01	0,000 < 0,01	0,000 < 0,01

Sự thay đổi thang điểm NOSE trước và sau phẫu thuật (khi ra viện, sau 1 tháng và sau 3 tháng) là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.4. Hình thái cuốn dưới qua nội soi trước và sau phẫu thuật

Bảng 4.1 Triệu chứng thực thể cuốn dưới trước phẫu thuật, khi ra viện, sau 01 tháng và 03 tháng (n = 37)

Hình thái cuốn dưới	Trước phẫu thuật				Khi ra viện				Sau 01 tháng				Sau 03 tháng			
	Trái	Tỷ lệ %	Phải	Tỷ lệ %	Trái	Tỷ lệ %	Phải	Tỷ lệ %	Trái	Tỷ lệ %	Phải	Tỷ lệ %	Trái	Tỷ lệ %	Phải	Tỷ lệ %
Quá phát	30	100	33	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Viêm phù nề	0	0	0	0	2	6,7	3	9,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Thu nhỏ	0	0	0	0	28	93,3	30	90,9	30	100	33	100	30	100	33	100

Sau 3 tháng, 37/37 (100%) cuốn mũi dưới được thu nhỏ hơn so với trước phẫu thuật.

3.2.5. Mức độ ngạt mũi qua gương đo Glatzel trước và sau phẫu thuật

Bảng 5. Mức độ ngạt mũi qua gương đo Glatzel trước phẫu thuật, khi ra viện, sau 01 tháng và 03 tháng (n = 37)

Mức độ ngạt mũi	Trước phẫu thuật		Khi ra viện		Sau 01 tháng		Sau 03 tháng	
	Mũi trái n (tỷ lệ %)	Mũi phải n (tỷ lệ %)	Mũi trái n (tỷ lệ %)	Mũi phải n (tỷ lệ %)	Mũi trái n (tỷ lệ %)	Mũi phải n (tỷ lệ %)	Mũi trái n (tỷ lệ %)	Mũi phải n (tỷ lệ %)

Bình thường	7 (18,9)	4 (10,8)	25 (67,6)	22 (59,5)	32 (86,5)	31 (83,8)	34 (91,2)	35 (94,6)
Nhẹ	5 (13,5)	3 (8,1)	12 (32,4)	15 (40,5)	5 (13,5)	6 (16,2)	3 (8,1)	2 (5,4)
Vừa	17 (45,9)	23 (62,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nặng	8 (21,6)	7 (18,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tổng	37 (100,0)	37 (100,0)	37 (100,0)	37 (100,0)	37 (100,0)	37 (100,0)	37 (100,0)	37 (100,0)

Trên 90% bệnh nhân sau phẫu thuật 3 tháng không ngạt mũi.

3.2.6. Mức độ ngạt mũi đo bằng Khí áp mũi - Rhinomanometry trước và sau phẫu thuật

Bảng 6. Mức độ ngạt mũi trên đo khí áp mũi - Rhinomanometry trước phẫu thuật,

khi ra viện, sau 01 tháng và 03 tháng (n = 37)

Mức độ ngạt mũi	Trước phẫu thuật		Khi ra viện		Sau 01 tháng		Sau 03 tháng	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bình thường	0	0	20	54,1	29	78,4	37	100
Ngạt nhẹ	9	24,3	14	37,8	8	21,6	0	0
Ngạt trung bình	21	56,8	3	8,1	0	0	0	0
Ngạt nặng	7	18,9	0	0	0	0	0	0
Tổng	37	100,0	37	100,0	37	100,0	37	100,0

Sau phẫu thuật mức độ ngạt mũi đo bằng khí áp mũi - Rhinomanometry trở về bình thường.

3.2.7. Đánh giá tai biến trong phẫu thuật và giai đoạn hậu phẫu

Trong lúc phẫu thuật có 1/37 bệnh nhân chảy máu nhẹ. Giai đoạn hậu phẫu có 2/37 bệnh nhân chảy máu sau khi rút merocel và 1/37 bệnh nhân dính cuộn mũi vào vách ngăn.

3.2.8. Đánh giá di chứng sau mổ 3 tháng

Chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân không có di chứng sau 3 tháng.

3.2.9. Đánh giá kết quả điều trị

Bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 97,3%, kết quả trung bình chiếm 2,7%, không có bệnh nhân đạt kết kém sau điều trị.

3.2.10. Đánh giá kết quả điều trị dựa trên mức độ hài lòng của bệnh nhân theo thang điểm VAS

Đánh giá kết quả đánh giá qua VAS có 100% loại tốt (>7cm). Kết quả này cho thấy sự khích lệ của phương pháp phẫu thuật, đem lại sự hài lòng của đa số bệnh nhân.

4. BÀN LUẬN

Trong 37 bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ nam cao hơn nữ, độ tuổi hay gặp nhất là từ 16 - 30 tuổi, trung bình $32,65 \pm 10,22$ tuổi, tỷ lệ sống ở nông thôn cao hơn thành thị. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lư Thị Mỹ Liên có tuổi trung bình là $33,88 \pm 13,73$; Quận Thành Nam và cộng sự là $39,3 \pm 6,4$ tuổi [4],[5].

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng cơ năng chiếm tỷ lệ cao nhất là ngạt mũi thể hiện ở tất cả bệnh nhân, đây cũng là triệu chứng gây khó chịu khiến bệnh nhân đi khám và đồng ý phẫu thuật. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Lư Thị Mỹ Liên, Quận Thành Nam và cộng sự, Vũ Trọng Dũng, Nguyễn Thêm [2],[4],[5],[8].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ngạt mũi từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ cao tương đồng với tác giả Lư Thị Mỹ Liên⁴. Khác với nghiên cứu của chúng tôi, thời gian ngạt mũi theo nghiên cứu của Vũ Trọng Dũng và Nguyễn Thêm từ 6-10 năm chiếm tỷ lệ cao hơn^{2,8}. Sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu khác nhau và có thể ngày nay với sự phát triển của chăm sóc y tế cũng như sự quan tâm đến sức khỏe của bệnh nhân. Vì vậy, bệnh nhân đã có xu hướng đến khám và điều trị bệnh sớm hơn, dẫn đến thời gian mắc bệnh ngày càng ngắn hơn giúp nâng cao chất lượng điều trị và kết quả phẫu thuật.

Về mức độ ngạt mũi theo thang điểm NOSE, kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác như Phạm Thành Công, Ngô Thị Diễm Trang, Quận Thành Nam, Lư thị Mỹ Liên với số điểm ngạt mũi tương ứng mức độ nặng ($50 < \text{NOSE} \leq 75$) [1],[4],[5],[9].

Phân độ cuộn mũi dưới quá phát dưới quá phát theo Friedman trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả 35,1% quá phát độ II và 64,9% quá phát độ III. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác như Lư Thị Mỹ Liên, Ngô Thị Diễm Trang, Al- Helo, Friedman [4],[9],[10],[11].

Tổng cộng có 63 cuộn mũi dưới quá phát được phẫu thuật trong đó có 30 cuộn mũi dưới bên trái và 33 cuộn mũi dưới bên phải.

Có mối liên quan giữa mức độ ngạt mũi theo thang điểm NOSE và mức độ ngạt mũi đo bằng gương Glatzel. Có mối liên quan giữa mức độ ngạt mũi theo thang điểm NOSE và mức độ quá phát cuộn mũi dưới theo Friedman: độ quá phát cuộn mũi càng lớn thì mức độ ngạt mũi càng nặng. Có mối liên quan giữa mức độ ngạt mũi theo thang điểm NOSE và mức độ ngạt mũi đo bằng khí áp mũi - Rhinomanometry.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật

Kết quả cho thấy các triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật như ngạt mũi, chảy mũi, đau đầu, hắt hơi và rối loạn khứu giác cải thiện nhiều sau phẫu thuật.

Điểm NOSE trung bình trước phẫu thuật là $56,89 \pm 16,39$; khi ra viện là $13,38 \pm 17,44$; sau 1 tháng là $4,19 \pm 8,94$ và sau 3 tháng là $0,54 \pm 3,28$. Sự thay đổi thang điểm NOSE sau phẫu thuật giảm so với trước phẫu thuật là có ý nghĩa thống kê.

Cả triệu chứng cơ năng và điểm NOSE trung bình giảm nhiều sau phẫu thuật 3 tháng chứng tỏ phương pháp phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi đem lại kết quả tốt. Nghiên cứu của Quận Thành Nam và cộng sự, Lư Thị Mỹ Liên cũng cho kết quả tương tự [4],[5].

Về mức độ ngạt mũi theo gương đo Glatzel, kết quả nghiên cứu sau 3 tháng có 91,2% mũi trái không ngạt và 94,6% mũi phải không ngạt. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thêm với 92,3% trường hợp không ngạt, Vũ Trọng Dũng với 91,7% bệnh nhân không ngạt, Lư Thị Mỹ Liên trên 95% không ngạt [2],[4],[8].

Mức độ ngạt mũi đo bằng khí áp mũi - Rhinomanometry sau 1 tháng vẫn có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân cho kết quả ngạt mũi ở mức độ nhẹ nhưng sau 3 tháng thì tất cả bệnh

nhân có kết quả bình thường. Điều này cho thấy đánh giá khách quan về triệu chứng ngạt mũi của bệnh nhân có sự cải thiện rất tốt so với trước phẫu thuật.

Về hình thái cuốn dưới trước phẫu thuật có 30 cuốn dưới trái và 33 cuốn dưới phải quá phát. Tổng cộng có 63 cuốn dưới quá phát, các cuốn dưới quá phát được phẫu thuật chỉnh hình bằng kỹ thuật nội soi cắt một phần cuốn dưới. Khi ra viện vẫn còn tỷ lệ nhỏ cuốn dưới viêm phù nề nhưng kết quả sau 3 tháng thì 100% cuốn dưới thu nhỏ, không có trường hợp nào bị viêm phù nề hốc mũi cuốn mũi, vảy mũi và sẹo dính. Điều này càng cho thấy phương pháp này có hiệu quả trong trường hợp quá phát cuốn mũi dưới.

Đa số bệnh nhân không có tai biến gì trong và sau phẫu thuật. Trong lúc phẫu thuật có 1/37 bệnh nhân chảy máu nhẹ. Giai đoạn hậu phẫu có 2/37 bệnh nhân chảy máu sau khi rút merocel và 1/48 bệnh nhân dính cuốn mũi vào vách ngăn. Các biến chứng này không nghiêm trọng và chúng tôi đều xử trí được cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân không có di chứng sau 3 tháng. Bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 97,3%, kết quả trung bình chiếm 2,7%, không có bệnh nhân đạt kết kém sau điều trị. Kết quả này tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước như Nguyễn Thêm, Quân Thành Nam, Lê Thanh Thái, Lư Thị Mỹ Liên, Santhosh[4],[5],[7],[8],[16]. Nghiên cứu có 100% bệnh nhân tự đánh giá tốt với kết quả >7cm nên chúng tôi kết luận bệnh nhân hài lòng về kết quả phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu có thể rút ra kết luận điều trị viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn mũi dưới bằng phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới mang lại hiệu quả tốt. Phương pháp chỉnh hình cuốn dưới bằng kỹ thuật nội soi cắt một phần cuốn dưới là một phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, có thể áp dụng rộng rãi tại các cơ sở có nội soi và đặc biệt cho kết quả điều trị thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thành Công (2018), "Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi quá phát bằng phẫu thuật cắt đốt cuốn mũi dưới qua nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ* - Số 16/2018, tr. 1-8.
2. Vũ Trọng Dũng (2013), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm mũi quá phát bằng shaver dưới niêm mạc cuốn mũi dưới qua nội soi*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.
3. Lê Nguyễn Châu Hà, Lâm Huyền Trân (2014), "Ứng dụng khí áp mũi trong đánh giá hiệu quả phẫu thuật cuốn mũi dưới", *Nghiên cứu Y học, Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 18(1), tr. 155-159.
4. Lư Thị Mỹ Liên (2022), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm mũi mạn tính bằng phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn dưới*, Luận văn Thạc sĩ của Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.
5. Quản Thành Nam, Nghiêm Đức Thuận, Nguyễn Quyết Thắng, Chủ Thị Hồng Ninh (2024), "Kết quả phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới điều trị triệu chứng ngạt mũi ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn mũi dưới", *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 65 (CĐ2-NCKH), tr. 87-94.
6. Võ Tấn (2018), "Viêm mũi quá phát", *Tai Mũi Họng thực hành*, Nhà xuất bản Y học, Tập 1, tr. 93 - 97.
7. Lê Thanh Thái, Trần Phương Nam, Nguyễn Thị Ngân An (2017), "Đánh giá kết quả điều trị dị hình vách ngăn có quá phát cuốn dưới bằng phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn và cắt một phần cuốn dưới", *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, Tập 7, Số 4, tr. 46-52.
8. Nguyễn Thêm (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm mũi quá phát bằng phẫu thuật cắt xương cuốn dưới dưới niêm mạc qua nội soi*, Luận án tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II chuyên ngành Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược Huế.
9. Ngô Thị Diễm Trang (2021), "Đánh giá hiệu quả phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới trong điều trị nghẹt mũi do quá phát cuốn mũi dưới từ tháng 8/2019 đến tháng 5/2020 tại bệnh viện Chợ Rẫy", *Chuyên đề Tai- Mũi-Họng và Phẫu Thuật Đầu-Cổ, Hội nghị khoa học thường niên Tai Mũi Họng năm 2021*, tr. 345-350.

10. Al-Helo S, Falih H, A Jumma (2018), "Powered endoscopic inferior turbinoplasty: clinical study", *Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg* ;4:24-31.
11. Friedman M., et al (1999), "A safe, alternative technique for inferior turbinate reduction", *Laryngoscope*. 109(11), pp. 1834-7.
12. Hol M. K., Huizing E. H. (2000), "Treatment of inferior turbinate pathology: a review and critical evaluation of the different techniques", *Rhinology*, 38(4), pp. 157-166.
13. Hsu D. W., Suh J. D. (2018), "Anatomy and Physiology of Nasal Obstruction", *Otolaryngol Clin North Am*, 51(5), pp. 853-865.
14. Van delden M. R., Cook P. R., Davis W. E. (1999), "Endoscopic partial inferior turbinoplasty", *Otolaryngol Head Neck Surg*, 121(4), pp. 406-409.
15. Samy Elwany Harrison Robert (1990), "Inferior turbinectomy: comparison of four techniques", *The Journal of Laryngology & Otology*, 104(3), pp. 206-209.
16. Santhosh U, Rao MSV (2013), "Inferior turbinectomy for nasal obstruction-study of 219 cases", *J Evol Med Dent Sci*. 2(9), pp. 1371-5.