

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI SOI CẮT VÁCH MŨI XOANG CẢI TIẾN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TP.HCM

Lê Danh Ngọc *, Nguyễn Minh Hào Hôn *

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị nội soi cắt vách mũi xoang cải tiến tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả hàng loạt ca với 96 xoang hàm của 90 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt vách mũi xoang cải tiến tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP Hồ Chí Minh từ T11/2019 đến T11/2021. **Kết quả:** Trong 90 bệnh nhân được phẫu thuật thì có tới 60 trường hợp có tiền căn phẫu thuật. Trong các nguyên nhân gây bệnh, thường gặp nhất u nhầy 42,2 % và viêm mũi xoang tái phát 33,3 %. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình là 12,58 tháng. Thang điểm Snot 22 trước và sau mổ với điểm trung bình là 9,91 và 4,99. Theo thang điểm Lund Kennedy trước và sau mổ trung bình là 3,8 và 2,1. Trong 30 trường hợp viêm mũi xoang mạn tính dai dẳng ghi nhận tỷ lệ thành công cải thiện triệu chứng đáng kể chiếm 67,7%; cải thiện một phần triệu chứng chiếm 33,3% và không ghi nhận trường hợp nào không cải thiện. Biến chứng sau mổ chỉ ghi nhận 1 trường hợp bị chảy máu sau mổ, 1 trường hợp cắt ống lệ tỵ trong lúc mổ. Theo dõi sau đó tất cả đều ổn. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt vách mũi xoang cải tiến nhằm loại bỏ hoàn toàn bệnh tích và niêm mạc không có khả năng hồi phục, dẫn lưu và thông khí lâu dài cho các xoang trong khi vẫn giữ lại niêm mạc và hậu phẫu có thể dễ dàng tiếp cận được vùng mổ. Kỹ thuật này đã khắc phục được một số hạn chế mà kỹ thuật cắt vách mũi xoang hay Caldwell Luc gây đóng vảy hố mổ, mất chức năng sinh lý, sẹo co kéo.

Từ khóa: Cắt vách mũi xoang cải tiến, viêm xoang hàm mạn tính dai dẳng, u nhầy.

EVALUATE THE OUTCOMES OF MODIFIED ENDOSCOPIC MEDIAL MAXILLECTOMY AT ENT HOSPITAL HCMC

SUMMARY

Objective: Evaluate The Outcomes Of Modified Endoscopic Medial Maxillectomy At Ent Hospital HCMc. **Methods:** A retrospective and prospective study describing a series of cases with 96 maxillary sinuses of 90 patients underwent Modified Endoscopic Medial Maxillectomy from November 2019 to November 2022 at HCMC ENT Hospital. **Result:** In 90 cases, 60 patients had previous maxillary sinus surgery. The most common causes for

* Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Danh Ngọc; SĐT: 0987788839; Email: drldngoc@gmail.com

Nhận bài: 2/9/2023

Ngày nhận phản biện: 15/9/2023

Ngày nhận phản hồi: 30/9/2023

Ngày duyệt đăng: 6/10/2023

*MEMM are mucocoeles (42,2%), recalcitrant maxillary sinusitis (33,3%). The mean follow-up time was 12,58 months. Preoperative and postoperative SNOT-22 score of patients who underwent MEMM are 9,91 and 4,99. There was a statistically significant reduction of Lund Kenedy scores for all durations of follow-up, Preoperative and postoperative are 3,8 and 2,1. 30 patients with persistent maxillary sinus disease, with 67,7 % reporting complete or significant improvement, 33.3% reporting partial improvement, and 0% reporting worsening. There are 2 cases of complications of nasolacrimal duct injury and postoperative bleeding. All patients had good disease control in postoperative visits with no clinical evidence of recurrences. **Conclusion:** The goals of surgery are threefold: complete extirpation of all allergic mucin and fungal debris, permanent drainage and ventilation for the affected sinuses while maintaining intact mucosa, and postoperative access to the previously diseased areas. MEMM has overcome some limitations of medial maxillectomy surgery or Caldwell Luc surgery such as scabbing, loss of maxillary sinus function, scarring.*

Key Words: *Modified Endoscopic Medial Maxillectomy, recalcitrant maxillary sinusitis, mucocele.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoang hàm là xoang có nhiều bệnh lý đa dạng và phức tạp nhất trong tất cả các xoang. Khi chưa có nội soi, có nhiều phẫu thuật tiếp cận xoang hàm như qua mặt trước xoang hàm ở rãnh lợi môi (Caldwell-Luc), đường mổ lột găng Degloving hay đường cạnh mũi hoặc mở khe dưới... Từ khi phẫu thuật nội soi mũi xoang ra đời đầu thế kỷ 20 là một bước tiến đáng kể trong điều trị bệnh lý xoang hàm, nhiều y văn cho thấy tỷ lệ thành công từ 80-90%.

Tuy nhiên, một số bệnh nhân vẫn còn tái phát sau khi mổ. Một vài tác giả ghi nhận nhiều trường hợp viêm xoang hàm mạn tính dai dẳng mặc dù đã điều trị nội khoa tích cực và mở xoang hàm đơn thuần. Bên cạnh đó một số trường hợp thay đổi cấu trúc giải phẫu như tế bào Haller cell lớn, thiếu sản xoang hàm, sa mỡ ổ

mắt...ghi nhận nhiều trường hợp thất bại sau phẫu thuật. Ngoài ra sau một thời gian dài theo dõi thì các phẫu thuật kinh điển đã mang lại di chứng quá lớn như làm biến dạng xoang hàm, tạo u nhầy đa ổ, phức tạp hay kỹ thuật cắt vách mũi xoang sẽ gây ra hiện tượng đóng vảy hồ mỡ trong thời gian dài, sẹo co kéo, tổn thương ống lệ mũi cùng với kỹ thuật của lần mổ trước không đúng sẽ gây tổn thương niêm mạc lông chuyển, tạo dẫn lưu vòng, xơ xương... Những trường hợp này đã tạo nên thách thức đối với bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị nội soi cắt vách mũi xoang cải tiến tại bệnh viện Tai Mũi Họng Thành Phố Hồ Chí Minh ” nhằm mục tiêu loại bỏ hoàn toàn bệnh tích, tạo dẫn lưu và thông khí lâu dài cho xoang và hậu phẫu có thể tiếp cận được vùng mỡ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả hàng loạt ca có can thiệp lâm sàng

2.2. Đối tượng nghiên cứu

90 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt vách mũi xoang cải tiến tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP Hồ Chí Minh từ T11/2019 đến T11/2021.

2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Viêm xoang hàm mạn tính dai dẳng mà đã điều trị nội tích cực và mở xoang hàm đơn thuần thất bại hay phẫu thuật Caldwell-luc trước đó.

- Các u nhầy đa ổ làm biến dạng, mất cấu trúc xoang hàm.

- U nhú đảo ngược có chân bám ở thành trong xoang hàm.

- Xoang hàm có cấu trúc thay đổi như tế bào Haller lớn, thiếu sản xoang hàm, sa mỡ ổ mắt.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.

2.5. Phương pháp nghiên cứu

Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được nội soi chẩn đoán và được chụp

CTscan trước mổ, làm các xét nghiệm tiền phẫu, được hỏi thông tin qua bảng câu hỏi để thu thập các biến số.

Tiến trình phẫu thuật :

Bước 1: Thực hiện mở lỗ thông xoang hàm với việc cắt bỏ mỏm móc trong một số trường hợp mỏm móc còn sót lại từ những lần mổ trước.

Bước 2: Cắt 2/3 sau cuốn dưới:

Bước 3: Cắt cuốn dưới và đốt điện phần còn lại của cuốn

Bước 4 : Tạo vạt niêm mạc sàn mũi

Bước 5: Xác định vị trí cắt phía trước của vách mũi xoang

Bước 7: Tạo lỗ thông phía trước của vách mũi xoang

Bước 8: Chỉnh lại vách mũi xoang

Bước 9: Cắt phần sau vách mũi xoang

Bước 10: Loại bỏ hoàn toàn vách mũi xoang tiếp cận bệnh tích

Bước 11: Khoan nhãn phần gò của xoang hàm tới sàn mũi nếu cần thiết

Bước 12: Phủ lại vạt niêm mạc sàn mũi

Bước 13: Kiểm tra chảy máu và đặt merocel khe giữa.

Chăm sóc hậu phẫu:

- Thuốc sau mổ với liều lượng phù hợp theo tuổi, cân nặng: Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, chống xuất tiết.

- Theo dõi biến chứng sớm sau mổ (nếu có): chảy máu mũi, chảy nước mắt

sống.

- Rút merocel vào ngày thứ 4 hậu phẫu, theo dõi chảy máu sau rút merocel.

Xuất viện và tái khám sau phẫu thuật:

- Nội soi kiểm tra trước xuất viện vào ngày tiếp theo

- Xuất viện ngày thứ 5 sau phẫu thuật.

- Tái khám theo dõi định kỳ mỗi 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

- Ghi nhận triệu chứng cơ năng, thực thể qua nội soi và chụp CTscan.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu

- Tỷ lệ mắc bệnh được phân bố giữa nam và nữ là tương đồng nhau

- Đối với phân bố theo nhóm tuổi trong đó nhóm trong độ tuổi 40 – 55 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,4%. Tuổi trung bình là 50.49

- Trong khi đó phân bố theo nghề nghiệp không có sự tập trung vào một ngành nghề nào rõ rệt trong 7 nhóm nghiên cứu

- Về đặc điểm địa lý, nhóm bệnh cư trú ở ngoại thành (67%) chiếm tỷ lệ gấp đôi so với bệnh cư trú ở TP. Hồ Chí Minh (33%).

- Trong 90 bệnh nhân được phẫu thuật thì có tới 60 trường hợp (67%) có tiền căn phẫu thuật xoang. Trong đó có 1 trường hợp ghi nhận phải phẫu thuật đến 3 lần.

Bảng 3.1. Tiền căn phẫu thuật xoang

	Số lần phẫu thuật			
	1	2	3	Tổng Cộng
PT. Kính điện	20	0	0	20
PT. NSMX	27	4	0	31
PT Kính điện và PT. NSMX	5	3	1	9
Tổng cộng	52	7	1	60

- Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài với thời gian bệnh trung bình là 2.9 năm, lâu nhất là 37 năm.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật nội soi cắt vách mũi xoang cải tiến

- Đối với triệu chứng cơ năng trước mổ, đa phần tần suất của các triệu chứng tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Trong lô nghiên cứu thì chúng tôi ghi nhận có 6 nguyên nhân gây bệnh, trong đó thường gặp nhất u nhầy 42,2 % và viêm mũi xoang tái phát 33,3 %.

Bảng 3.2. Nguyên nhân phẫu thuật

Nguyên nhân phẫu thuật	Tần số	Tỷ lệ
Bất thường cấu trúc	6	6.7
U mạch máu	3	3.3
U nang răng sinh	5	5.6
U nhầy	38	42.2
U nhú	8	8.9
Viêm mũi xoang tái phát	30	33.3
Tổng cộng	90	100.0

- Về thời gian phẫu thuật ghi nhận 54 trường hợp với thời gian phẫu thuật trung bình là 62,03 phút, thời gian thấp nhất là 40 phút và nhiều nhất là 120 phút.

- Trong khi đó thực hiện trên 54 trường hợp đơn lẻ nội soi cắt vách mũi xoang cải tiến thì số lượng máu mất trung bình chỉ là 100 ml với lượng máu thấp nhất

là 50 ml và nhiều nhất là 400 ml.

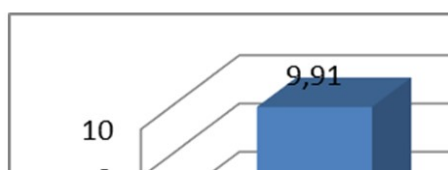
- Về biến chứng trong phẫu thuật trong 90 trường hợp chúng chỉ có duy nhất 1 trường hợp (1.1%) tổn thương ống lệ ty

- Kết quả nghiên cứu cho thấy có tỷ lệ tương đồng giữa tiếp cận đi từ vách mũi xoang hay từ lỗ thông xoang hàm. Tuy nhiên khi xét mối tương quan giữa tiền căn loại phẫu thuật và cách tiếp cận xoang hàm cho thấy có sự tương quan với nhau với phép kiểm X² với $p = 0.005 < 0.05$.

- Trong những trường hợp có tạo vật niêm mạc sàn mũi vách mũi xoang, kết quả cho thấy có (38,5%) số ca cần tạo vật. Có sự tương quan giữa tạo vật niêm mạc và nguyên nhân phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với phép kiểm X², $p = 0.014 < 0.05$.

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cách vách mũi xoang cải tiến

- Về thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình là 12,58 tháng, tối thiểu là 5 tháng, tối đa là 22 tháng.



Biểu đồ 3.1. Thang điểm Snot 22 trước và sau phẫu thuật

- Thang điểm Snot 22 trước và sau mổ với điểm trung bình là 9,91 và 4,99 Kết quả cho thấy có sự cải thiện rõ rệt triệu chứng hiệu quả giảm ½ so với trước mổ.

- Theo thang điểm Lund Kenedy trước mổ trung bình là 3,8; sau mổ là 2,1 cho thấy hiệu quả sau điều trị trên nội soi cũng cải thiện nhiều.



l trị trên nội soi cũng cải thiện



Biểu đồ 3.2. Thang điểm Lund-Kennedy trước và sau phẫu thuật

- Trong 30 trường hợp viêm mũi xoang mạn tính dai dẳng ghi nhận tỷ lệ thành công cải thiện triệu chứng đáng kể chiếm 67,7%; cải thiện một phần triệu chứng chiếm 33,3% và không ghi nhận trường hợp nào không cải thiện.

Bảng 3.3. Cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật viêm đa xoang tái phát

	Tần suất	Tỷ lệ
Cải thiện triệu chứng đáng kể	20	66,7
Cải thiện một phần triệu chứng	10	33,3
Không cải thiện	0	0
Tổng cộng	30	100

- Biến chứng sau mổ chỉ ghi nhận 2/90 (2,2%) trường hợp bị chảy máu sau mổ, 1 trường hợp cắt ống lệ ty trong lúc mổ. Theo dõi sau đó tất cả đều ổn.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu

- Chúng tôi nghiên cứu trên 90 bệnh nhân trong đó có tổng số 96 xoang hàm được phẫu thuật cắt vách mũi xoang cải tiến với 6 bệnh nhân được mổ cả 2 bên và

84 bệnh nhân được mổ 1 bên. Nếu tính riêng số trường hợp chỉ được cắt vách mũi xoang đơn thuần thì có 54 trường hợp được phẫu thuật. Số còn lại được phẫu thuật cùng với các xoang khác trong những bệnh lý khác nhau. Xét về phân bố mỗi bên xoang được mổ thì có sự tương đồng nhau giữa trái và phải với 48 xoang hàm mỗi bên được phẫu thuật. Về giới tính được phân bố cho 2 nhóm nam và nữ có tỷ lệ 1:1 (51% ở nam so với 49% ở nữ). Đối với phân bố theo nhóm tuổi trong đó nhóm trong độ tuổi 40 – 55 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,4%. Tuổi trung bình là 50.49 ± 12.8 . Trong khi đó phân bố theo nghề nghiệp không có sự tập trung vào một ngành nghề nào rõ rệt trong 7 nhóm nghiên cứu. Về đặc điểm địa lý, nhóm bệnh cư trú ở ngoại thành (67%) chiếm tỷ lệ gấp đôi so với bệnh cư trú ở TP. Hồ Chí Minh (33%). Trong 90 bệnh nhân được phẫu thuật thì có tới 60 trường hợp (67%) có tiền căn phẫu thuật xoang. Trong đó có 1 trường hợp chúng tôi ghi nhận phải phẫu thuật đến 3 lần. Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài với thời gian bệnh trung bình là 2.9 năm, lâu nhất là 37 năm.

4.2. Đặc điểm phẫu thuật nội soi cắt vách mũi xoang cải tiến

- Đối với triệu chứng cơ năng trước mổ, đa phần tàn suất của các triệu chứng tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Trong lô nghiên cứu thì chúng tôi ghi nhận có 6 nguyên nhân gây bệnh, trong đó thường gặp nhất u nhầy 42,2 % và viêm mũi xoang tái phát 33,3 %. Trong nguyên nhân u nhầy đa phần là có tiền căn phẫu thuật trước đó,

chúng tôi ghi nhận có 26/38 (68,4%) trường hợp u nhầy là do đã phẫu thuật kinh điển trước đây. Phẫu thuật Caldwell-Luc làm mất xương thành trước xoang hàm, lâu ngày làm niêm mạc xoang bị cuốn vào, tích tụ chất nhầy tạo u nhầy làm biến dạng co kéo xoang hàm, phá hủy thành xương có thể tạo thành u nhầy đa ổ. Với viêm mũi xoang mạn tính tái phát dai dẳng, đây là nguyên nhân khó điều trị dứt điểm, theo tác giả Ponnaiah Thulasidas, Hwang nguyên nhân gây viêm xoang hàm dai dẳng khó trị là do xoang hàm bị lộ niêm mạc ở những lần mổ trước, viêm nhiễm lâu ngày, vi khuẩn thường trú sẽ làm mất chức năng thanh thải, gây xơ xương hoặc mở khe dưới sẽ tạo dẫn lưu vòng. Việc đơn thuần mở rộng vách mũi xoang không giải quyết được ở những bệnh nhân có niêm mạc tổn thương không hồi phục. Các nguyên nhân còn lại như u nhú chỉ phẫu thuật đối cắt vách mũi xoang cải tiến khi u có chân bám vào vách mũi xoang, các u mạch máu trong xoang hàm có kích thước lớn, u nang răng sinh khó kiểm soát để lấy hết u. Còn nguyên nhân bất thường cấu trúc ghi nhận viêm xoang hàm do nắm kèm theo tế bào haller to đẩy lỗ thông xuống thấp hay có các vách xương làm khó lấy hết bệnh tích, đặc biệt trong viêm xoang thể yên lặng (silent sinus syndrome) bệnh nhân thường không có những triệu chứng mà chỉ tình cờ phát hiện trên CT.

- Về thời gian phẫu thuật, ở đây chúng tôi chỉ tính thời gian cho những trường hợp chỉ phẫu thuật cắt vách mũi xoang cải tiến đơn lẻ, không ghi nhận những trường hợp có mổ các xoang khác kèm theo để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật. Ghi nhận 54

trường hợp với thời gian phẫu thuật trung bình là 62,03 phút. Mức độ chảy máu trong phẫu thuật ảnh hưởng rất lớn đến cuộc mổ. Trong khi đó đối với 54 trường hợp trên thì số lượng máu mất trung bình chỉ là 100 ml. Về biến chứng trong phẫu thuật trong 90 trường hợp chỉ có duy nhất 1 trường hợp (1.1%) tổn thương ống lệ ty trong lúc phẫu thuật do u nhú xâm lấn vào ống lệ ty nên chúng tôi phải cắt 1 phần ống cùng với bệnh tích gửi giải phẫu bệnh mặt khác tránh tái phát sau mổ. Theo dõi 13 tháng sau mổ bệnh nhân không bị tắc ống lệ, chảy nước mắt sống. Bàn về cách tiếp cận xoang hàm, tùy vào nguyên nhân bệnh tích, tiền căn phẫu thuật trước đó sẽ có cách tiếp cận khác nhau. Kết quả nghiên cứu cho thấy có tỷ lệ tương đồng giữa tiếp cận đi từ vách mũi xoang thông nối tới lỗ thông xoang hàm (50%) hay từ lỗ thông xoang hàm mở rộng vách mũi xoang tới sàn mũi (50%). Đối với việc cắt vách mũi xoang cải tiến thì nhiều tác giả như Woodworth, Wang, Hwang, Palmer tiếp cận các bước phẫu thuật là như nhau . Riêng đối với tác giả Ponnaiah Thulasidas phân thành 3 mức độ type I,IIa,IIb dựa vào sự dẫn lưu của xanh methylen khi bơm vào xoang hàm và theo dõi từ 10-15 phút (chuyển động bình thường, chuyển động chậm và không chuyển động của thuốc nhuộm). Trong những trường hợp có tạo vạt niêm mạc sàn mũi vách mũi xoang, kết quả cho thấy có 37/96 (38,5%) số ca cần tạo vạt. Có sự tương quan giữa tạo vạt niêm mạc và nguyên nhân phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với phép kiểm X², p= 0.014 < 0.05.

4.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cách vách mũi xoang cải tiến

- Việc chăm sóc và theo dõi sau mổ đóng vai trò quan trọng để đạt được kết quả tốt Về thời gian theo dõi sau phẫu thuật, trung bình thời gian theo dõi sau mổ của các bệnh nhân là 12,58 tháng. Chúng tôi ghi nhận các triệu chứng trong bản thu thập số liệu trước và sau mổ, đánh giá các triệu chứng cơ năng qua bảng Snot 22 với kết quả thang điểm trung bình trước mổ là 9,91 sau mổ với điểm trung bình là 4,99 , độ lệch chuẩn 2,42. Kết quả cho thấy có sự cải thiện rõ rệt, hiệu quả điều trị tốt, triệu chứng cải thiện giảm ½ so với trước mổ. Riêng đối với nguyên nhân do viêm mũi xoang tái phát dai dẳng. Chúng tôi ghi nhận trong 30 trường hợp phẫu thuật. Tỷ lệ thành công cải thiện triệu chứng đáng kể chiếm 67,7%; cải thiện một phần triệu chứng chiếm 33,3% và không ghi nhận trường hợp nào không cải thiện. Theo thang điểm Lund Kenedy. Kết quả thang điểm trước mổ trung bình là 3,8 , sau mổ là 2,1 , độ lệch chuẩn 0,79. Theo dõi biến chứng sau mổ chúng tôi chỉ ghi nhận 2/90 (2,2%) trường hợp bị chảy máu sau mổ. Có 1 trường hợp cắt ống lệ ty trong lúc mổ, sau đó tái khám không có bịt tắt ống lệ ty gây chảy nước mắt sống.

KẾT LUẬN

- Phẫu thuật nội soi cắt vách mũi xoang cải tiến có 3 mục tiêu điều trị : loại bỏ hoàn toàn bệnh tích và niêm mạc không có khả năng hồi phục, dẫn lưu và thông khí lâu dài cho các xoang trong khi vẫn giữ lại

niêm mạc và hậu phẫu có thể dễ dàng tiếp cận được vùng mô.

- Dẫn thay thế phẫu thuật Caldwell-Luc do tàn phá cấu trúc xoang hàm nặng nề, dễ tạo thành u nhầy.

- Kết quả bước đầu cho thấy phẫu thuật nội soi cắt vách mũi xoang cải tiến mang lại hiệu quả trong những trường hợp xoang hàm có cấu trúc phức tạp và bệnh lý nằm ở vị trí khó tiếp cận. Với kỹ thuật mở xoang hàm đơn thuần và dụng cụ hiện có không tiếp cận được cũng như việc chăm sóc sau mổ không đầy đủ. Do đó, nên áp dụng rộng rãi kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Viết Luân (2017) “Ứng dụng đường mổ nội soi trước ống lệ mũi trong phẫu thuật khối u lành tính xoang hàm”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*.
2. Bradford A. Woodworth, et al (2006). “Modified Endoscopic Medial Maxillectomy for Chronicmaxillary Sinusitis”. *Am J Rhinol* 20, pp 317–319.
3. Busaba NY, Siegel N, Salman SD: Bacteriology of nontraumatic maxillary sinus mucocoeles versus chronic sinusitis. *Laryngoscope* 2000, 110:969-971
4. Do-Yeon Cho, M.D., Peter H. Hwang (2014). “Results of Endoscopic Maxillary Mega-antrostomy in Recalcitrant Maxillary Sinusitis”. *Am J Rhinol*, 22, pp 658–662.
5. David W. Kennedy, Peter H. Hwang (2012). *Rhinology : diseases of the nose, sinuses, and skull base*. Thieme Medical Publishers.
6. Eric W. Wang, MD, Jessica L. Gullung, et al (2011). “Modified Endoscopic Medial Maxillectomy for Recalcitrant Chronic Maxillary Sinusitis”. *Int Forum Allergy Rhinol*, 1: 493-497.
7. James N.Palmer, Alexander G.Chiu (2019). “Modified medial maxillectomy for recalcitrant maxillary sinusitis”. *Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base surgery*, 15:123-132.
8. Milena L.Costa, et al (2015), “Long-term outcomes of endoscopic maxillary mega-antrostomy for refractory chronic maxillary sinusitis”. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2015; 5: 60–65
9. Ponnaiah Thulasidas, et al (2014). “Role of Modified Endoscopic Medial Maxillectomy in Persistent Chronic Maxillary Sinusitis”. *Int Arch Otorhinolaryngol*, 18: 159-164.
10. Wormald P J, (2018), *Endoscopic sinus surgery : anatomy, three-dimensional reconstruction, and surgical technique*, NewYork: Thieme, pp.