

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH THÁI CỦA DỊ HÌNH VÁCH NGẰN Ở BỆNH NHÂN VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH

Đặng Thanh¹, Trần Minh Trang²

(1) Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Học viên cao học Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: 1. Xác định đặc điểm lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn, 2. Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn với viêm mũi xoang mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu ở 94 bệnh nhân được chẩn đoán có dị hình vách ngăn kèm theo hội chứng mũi xoang được thăm khám nội soi và chụp cắt lớp vi tính, từ tháng 4/2017 đến tháng 5/2018 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế; bằng phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Triệu chứng thường gặp là ngạt mũi 96,8%, chảy mũi 89,4%, đau nhức đầu mặt 71,3%, giảm khứu giác 42,6%. Đặc điểm dị hình vách ngăn: hình thái thường gặp nhất là vẹo (51,0%); vùng 4,5 theo phân vùng của Cottle hay gặp hơn vùng 1,2,3 (68,1%); mức độ dị hình vách ngăn thường gặp nhất là mức độ vừa (55,3%). Dị hình vách ngăn theo kiểu vẹo hoặc phối hợp thường gây ra viêm mũi xoang mức độ nặng hơn với những triệu chứng cơ năng trên lâm sàng nặng nề hơn so với những dị hình vách ngăn theo hình thái khác. Đối với mức độ dị hình vách ngăn thì mức độ dị hình càng nặng thì tỷ lệ mức độ viêm mũi xoang trên lâm sàng và cắt lớp vi tính càng tăng, tỷ lệ viêm mũi xoang cả 2 bên càng tăng, sự liên quan này có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Có mối liên quan giữa hình thái dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang trên lâm sàng và mối liên quan giữa mức độ của dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang mạn tính trên lâm sàng, trên phim cắt lớp vi tính và với các bên xoang viêm qua phim cắt lớp vi tính.

Từ khóa: dị hình vách ngăn, viêm mũi xoang mạn tính.

Abstract

CLINICAL FEATURES AND THE DEFORMITIES OF NASAL SEPTUM IN CHRONIC RHINOSINUSITIS PATIENTS

Dang Thanh, Tran Minh Trang

Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Objectives: To study clinical features and the deformities of nasal septal in chronic rhinosinusitis patients and the relationship between nasal septal deformities (NSDs) and chronic rhinosinusitis. **Patients and method:** The research including 94 patients over 16-year-old diagnosed NSDs with nasosinusal syndromes who underwent nasal endoscopic and sinus CT scan from April 2017 to May 2018, by cross sectional descriptive study. **Results:** Main functional symptoms are nasal obstruction 96.8%, nasal discharge 89.4%, headache 71.3% and hyposmia 42.6%. The most prevalent morphologies of nasal septal is deviation (51.0%); NSDs in area 4.5 of the nasal cavity according to Cottle are more common than area 1,2,3 (68.1%); The level of nasal septal deviation caused about two-third obstruction of the nasal cavity is most common (55.3%). There was a statistically significant relationship between the level of nasal septal deviation and the severity of chronic rhinosinusitis based on clinical features, CT scan and the sides of sinusitis: the more obstructive NSDs caused in nasal cavity, the heavier gravity of chronic rhinosinusitis had and the rate of bilateral sinusitis more increased. **Conclusion:** We found the relationship between the morphology of nasal septal deformities and the severity of chronic rhinosinusitis based on clinical features, the relationship between the gravity of nasal septal deviation and the severity of chronic rhinosinusitis based on clinical features, CT scan and the sides of sinusitis.

Key words: nasal septal deformities, chronic rhinosinusitis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong cấu tạo của hốc mũi, vách ngăn đóng một vai trò quan trọng để đảm bảo vững chắc cho cấu trúc của mũi về thẩm mỹ và lưu thông không khí. Những sai lệch về tư thế và cấu trúc vách ngăn mũi đều gây cản

- Địa chỉ liên hệ: Trần Minh Trang, email: 90mt90@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2018.6.6

- Ngày nhận bài: 17/10/2018; Ngày đồng ý đăng: 9/11/2018/2018; Ngày xuất bản: 17/11/2018

trở không khí, ảnh hưởng sâu sắc tới sự lưu thông không khí qua mũi, là yếu tố thuận lợi trong bệnh viêm mũi xoang, hốc mũi càng trở nên khó kiểm soát bởi những dị hình giải phẫu này. Dị hình vách ngăn (DHVN) rất phổ biến trên dân số thế giới với tỷ lệ 77-90% [14]. Ngay cả những dị hình vách ngăn nhỏ nhưng ở những vị trí then chốt cũng gây ảnh hưởng đến sự thông khí và đào thải niêm dịch từ đó gây ra bệnh lý viêm mũi xoang. Viêm mũi xoang (VMX) mạn tính là bệnh lý có diễn biến chậm, thường ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và sinh hoạt của người bệnh. Viêm mũi xoang là một bệnh phổ biến gặp ở 16% dân số trên thế giới [9]. Theo thống kê ở Mỹ có khoảng 18-35 triệu lượt bệnh nhân đi khám do viêm mũi xoang mạn tính mỗi năm [11].

Trước đây, việc chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính có thể gặp khó khăn do nhiều nguyên nhân như triệu chứng không điển hình hoặc không phát hiện ra các dấu hiệu bệnh lý tiềm ẩn. Kỹ thuật nội soi và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) mũi xoang đã mở ra những trang mới rực rỡ trong việc chẩn đoán và điều trị các bệnh về mũi xoang, tình trạng bệnh lý trong hốc mũi đã được làm sáng tỏ hơn xưa rất nhiều.

Trên thế giới đã có nhiều tác giả nghiên cứu về mối liên quan giữa dị hình vách ngăn với viêm mũi xoang mạn tính tuy nhiên vấn đề này vẫn còn gây nhiều tranh cãi. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm hai mục tiêu:

1. *Xác định đặc điểm lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn.*

2. *Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn với viêm mũi xoang mạn tính.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 94 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán có dị hình vách ngăn kèm theo hội chứng mũi xoang được thăm khám nội soi và chụp cắt lớp vi tính từ tháng 4/2017 đến tháng 5/2018 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường, bộ dụng cụ khám nội soi tai mũi họng bao gồm: nguồn sáng, dây sáng, camera, màn hình, bộ xử lý, máy tính, ống nội soi cứng loại 4mm 0°, 30°, máy chụp cắt lớp vi tính, phiếu nghiên cứu.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh.

- Đặc điểm lâm sàng: các triệu chứng cơ năng, biến chứng.

- Hình thái của dị hình vách ngăn (vẹo, mào, gai, dày chân, phồng hợp).

- Vị trí của dị hình vách ngăn (phân 5 vùng theo Cottle).

- Mức độ của dị hình vách ngăn (mức độ nhẹ, vừa, nặng tính theo độ lệch của vách ngăn từ đường giữa đến thành ngoài hốc mũi).

2.2.3.2. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn với viêm mũi xoang mạn tính

- Mức độ VMX qua lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính

- Mối liên quan giữa hình thái của dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang qua triệu chứng cơ năng trên lâm sàng, nội soi, cắt lớp vi tính và các bên xoang viêm qua cắt lớp vi tính.

- Mối liên quan giữa vị trí của dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang qua triệu chứng cơ năng trên lâm sàng, nội soi, cắt lớp vi tính và các bên xoang viêm qua cắt lớp vi tính.

- Mối liên quan giữa mức độ của dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang qua triệu chứng cơ năng trên lâm sàng, nội soi, cắt lớp vi tính và các bên xoang viêm qua cắt lớp vi tính.

2.2.4. Xử lý số liệu: Dữ liệu thu thập được ghi nhận vào phiếu nghiên cứu, xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn

3.1.1. Đặc điểm chung

3.1.1.1. Tuổi và giới:

Nhóm tuổi 16-30 tuổi chiếm đa số với 58,5% (55/94), nhóm tuổi > 60 chỉ chiếm 3,2% (3/94). Tuổi trung bình: 31,98, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 76 tuổi. Nam giới: 70,2% (66/94), nữ giới: 29,8% (28/94); tỷ suất nam/nữ = 2,3/1.

3.1.1.2. Thời gian mắc bệnh: Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,6% (57/94), tiếp đến là ≤ 1 năm chiếm 28,7% (27/94), thấp nhất là trên 5 năm với 10,6% (10/94).

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng (n=94)

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ngạt mũi	91	96,8
Chảy mũi	84	89,4
Đau đầu	67	71,3
Giảm khứu giác	40	42,6
Ngứa mũi hắt hơi	36	38,3

- Hầu hết bệnh nhân vào viện đều có triệu chứng ngạt mũi 96,8%, tiếp đó là chảy mũi 89,4%, đau đầu 71,3%, giảm mất khứu 42,6% và ngứa mũi hắt hơi 38,3%.

- Tỷ lệ bệnh nhân ngạt mũi mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao 62,8% (59/94), tiếp theo lần lượt là mức độ nhẹ 17,0% (16/94) và mức độ nặng 17,0% (16/94).

- Đa số bệnh nhân đau đầu chủ yếu là mức độ nhẹ 37,2% (35/94), tiếp theo là mức độ vừa 30,9% (29/94), mức độ nặng chỉ chiếm 3,2% (3/94). Về vị trí đau nhức đầu thì đau nhức đầu mặt ở vùng trán - thái dương gặp với tỷ lệ 41,5% (39/94), tiếp theo là đỉnh chẩm 19,2% (18/94), hố nanh 8,5% (8/94) và cả 3 vùng gặp ít nhất là 2,1% (2/94).

- Tỷ lệ bệnh nhân chảy dịch mũi nhầy trong chiếm tỷ lệ cao 52,1% (49/94), chảy dịch nhầy đục là 31,9% (30/94) và chảy mũi vàng xanh là 5,3% (5/94).

- Tỷ lệ bệnh nhân giảm khứu giác mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ là 29,8% (28/94), tiếp đến mức độ vừa 10,6% (8/94) và mức độ nặng 2,1% (2/94).

- Tỷ lệ bệnh nhân có các biến chứng của DHVN và viêm mũi xoang mạn tính: viêm họng 27,7% (26/94), suy nhược thần kinh 24,5% (23/94), ù tai tiếng trầm 18,1% (17/94) và chảy máu mũi 12,8% (12/94).

3.1.3. Các đặc điểm hình thái dị hình vách ngăn

- Tỷ lệ DHVN ở bên mũi phải và trái là tương đương nhau với 41,5% (39/94) và 44,7% (42/94). DHVN ở cả 2 bên là 13,8% (13/94).

- Hình thái vẹo vách ngăn (chữ C và chữ S) chiếm tỷ lệ cao với 51,0% (48/94), tiếp theo là mào vách

ngăn và gai vách ngăn với tỷ lệ lần lượt là 21,3% (20/94) và 12,8% (12/94), hình thái phối hợp chiếm 10,6% (10/94) và ít nhất là dày chân vách ngăn chỉ chiếm 4,3% (4/94).

- DHVN vùng 4,5 chiếm tỷ lệ cao với 68,1% (64/94), còn vùng 1,2,3 chỉ chiếm 31,9% (30/94).

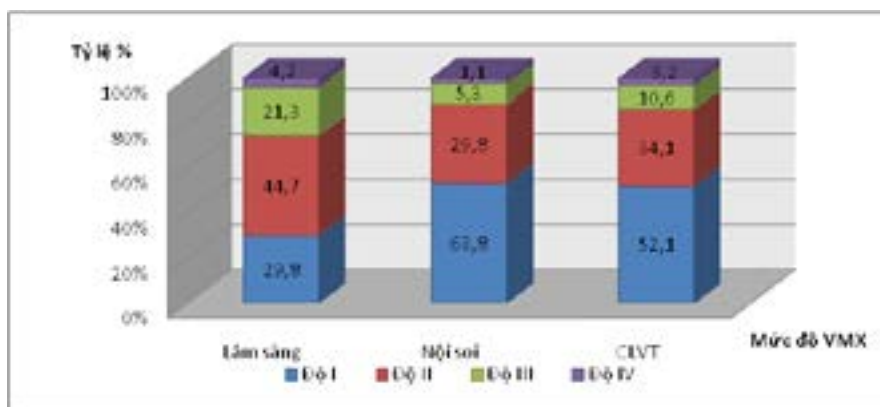
- DHVN mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,3% (52/94), tiếp đến là mức độ nhẹ với 35,1% (33/94), mức độ nặng là ít gặp nhất chỉ chiếm 9,6% (9/94).

3.2. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn với viêm mũi xoang mạn tính

3.2.1. Mức độ viêm mũi xoang qua lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính

- Mức độ VMX trên lâm sàng qua triệu chứng cơ năng, độ II chiếm tỷ lệ cao nhất 44,7% (42/94); qua nội soi và CLVT thì độ I đều chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 63,8% (60/94) và 52,1% (49/94).

- Khảo sát sự liên quan giữa các phương pháp phân độ viêm mũi xoang mạn tính cho thấy: trong việc phân độ viêm mũi xoang mạn tính, có sự phù hợp kém giữa triệu chứng cơ năng và nội soi (Kappa = 0,184), có sự phù hợp kém giữa nội soi và CLVT (Kappa = 0,107), có sự phù hợp trung bình giữa triệu chứng cơ năng và CLVT (Kappa = 0,348). Trong nghiên cứu này của chúng tôi thì mức độ viêm mũi xoang qua nội soi là nhẹ nhất, kế đến là qua phim CLVT và nặng nhất là qua triệu chứng cơ năng trên lâm sàng.



Biểu đồ 3.1. Mức độ viêm mũi xoang (n=94)

3.2.2. Mối liên quan giữa hình thái của dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang

Bảng 3.2. Sự liên quan giữa hình thái DHVN với mức độ VMX trên lâm sàng (n=94)

Hình thái DHVN	Mức độ VMX trên lâm sàng				Tổng	p
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Vẹo	19 39,6%	16 33,3%	11 22,9%	2 4,2%	48 100,0%	< 0,05
Gai	3 25,0%	7 58,3%	2 16,7%	0 0,0%	12 100,0%	
Mào	2 10,0%	14 70,0%	4 20,0%	0 0,0%	20 100,0%	
Dày chân	3 75,0%	1 25,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 100,0%	
Phối hợp	1 10,0%	4 40,0%	3 30,0%	2 20,0%	10 100,0%	
Tổng	28 29,8%	42 44,7%	20 21,3%	4 4,3%	94 100,0%	

Mối liên quan giữa hình thái DHVN và mức độ VMX trên lâm sàng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Sự liên quan giữa hình thái DHVN với mức độ VMX qua nội soi (n=94)

Hình thái DHVN	Mức độ VMX qua nội soi				Tổng	p
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Vẹo	30 62,5%	14 29,2%	3 6,2%	1 2,1%	48 100,0%	> 0,05
Gai	10 83,3%	2 16,7%	0 0,0%	0 0,0%	12 100,0%	
Mào	10 50,0%	9 45,0%	1 5,0%	0 0,0%	20 100,0%	
Dày chân	2 50,0%	1 25,0%	1 25,0%	0 0,0%	4 100,0%	
Phối hợp	8 80,0%	2 20,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 100,0%	
Tổng	60 63,8%	28 29,8%	5 5,3%	1 1,1%	94 100,0%	

Mức độ VMX qua nội soi đối với các hình thái DHVN thì VMX độ I đều chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là VMX độ II, III. VMX độ IV chỉ xuất hiện ở hình thái DHVN theo kiểu vẹo, không xuất hiện ở các hình thái DHVN khác. Mối liên quan giữa hình thái DHVN và mức độ VMX qua nội soi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Sự liên quan giữa hình thái DHVN với mức độ VMX qua CLVT (n=94)

Hình thái DHVN	Mức độ VMX qua CLVT				Tổng	p
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Vẹo	28 58,3%	12 25,0%	7 14,6%	1 2,1%	48 100,0%	> 0,05
Gai	5 41,7%	6 50,0%	1 8,3%	0 0,0%	12 100,0%	
Mào	10 50,0%	10 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	20 100,0%	
Dày chân	2 50,0%	2 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 100,0%	
Phối hợp	4 40,0%	2 20,0%	2 20,0%	2 20,0%	10 100,0%	
Tổng	49 52,1%	32 34,0%	10 10,7%	3 3,2%	94 100,0%	

Mối liên quan giữa mức độ DHVN và mức độ VMX qua phim CLVT không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.5. Sự liên quan giữa hình thái DHVN với các bên xoang viêm qua CLVT (n=94)

Hình thái DHVN	Viêm xoang cùng bên	Viêm xoang đối bên	Viêm xoang 2 bên	Tổng	p
Vẹo	29 60,5%	4 8,3%	15 31,2%	48 100,0%	> 0,05
Gai	6 50,0%	1 8,3%	5 41,7%	12 100,0%	
Mào	8 40,0%	2 10,0%	10 50,0%	20 100,0%	
Dày chân	2 50,0%	0 0,0%	2 50,0%	4 100,0%	
Phối hợp	6 60,0%	0 0,0%	4 40,0%	10 100,0%	
Tổng	50 53,2%	7 7,4%	37 39,4%	94 100,0%	

Mối liên quan giữa hình thái của DHVN với bên xoang viêm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2.3. Mối liên quan giữa vị trí của dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang

Bảng 3.6. Sự liên quan giữa vị trí DHVN với mức độ VMX trên lâm sàng (n=94)

Vị trí DHVN	Mức độ VMX trên lâm sàng				Tổng	p
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Vùng 1,2,3	10 33,3%	14 46,7%	5 16,7%	1 3,3%	30 100,0%	> 0,05
Vùng 4,5	18 28,1%	28 43,7%	15 23,4%	3 46,8%	64 100,0%	
Tổng	28 29,8%	42 44,7%	20 21,2%	4 4,3%	94 100,0%	

DHAVN vùng 1,2,3 và vùng 4,5 thì VMX độ II đều chiếm tỷ lệ cao nhất. Mối liên quan giữa vị trí DHVN và mức độ VMX trên lâm sàng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.7. Sự liên quan giữa vị trí DHVN với mức độ VMX qua nội soi (n=94)

Vị trí DHVN	Mức độ VMX qua nội soi				Tổng	p
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Vùng 1,2,3	20 66,7%	6 20,0%	3 10,0%	1 3,3%	30 100,0%	> 0,05
Vùng 4,5	40 62,5%	22 34,4%	2 3,1%	0 0,0%	64 100,0%	
Tổng	50 53,2%	28 29,8%	5 5,3%	1 1,1%	94 100,0%	

DHAVN vùng 1,2,3 và vùng 4,5 thì VMX độ I đều chiếm tỷ lệ cao nhất. Mối liên quan giữa vị trí DHVN và mức độ VMX qua nội soi không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.8. Sự liên quan giữa vị trí DHVN với mức độ VMX qua CLVT (n=94)

Vị trí DHVN	Mức độ VMX qua CLVT				Tổng	p
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Vùng 1,2,3	14 46,7%	11 36,7%	4 13,3%	1 3,3%	30 100,0%	> 0,05
Vùng 4,5	35 54,7%	21 32,8%	6 9,4%	2 3,1%	64 100,0%	
Tổng	49 52,2%	32 34,0%	10 10,6%	3 3,2%	94 100,0%	

DHVN vùng 1,2,3 thì VMX độ I chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là độ II, độ III và độ IV. DHVN vùng 4,5 cho kết quả thứ tự tương tự với vùng 1,2,3 tuy nhiên mối liên quan giữa vị trí DHVN và mức độ VMX qua CLVT không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.9. Sự liên quan giữa vị trí DHVN với các bên xoang viêm qua CLVT ($n=94$)

Vị trí DHVN	Viêm xoang cùng bên	Viêm xoang đối bên	Viêm xoang 2 bên	Tổng	p
Vùng 1,2,3	17 56,7%	0 0,0%	13 43,3%	30 100,0%	> 0,05
Vùng 4,5	34 53,2%	7 10,9%	23 35,9%	64 100,0%	
Tổng	50 53,2%	7 7,4%	37 39,4%	94 100,0%	

Mối liên quan giữa vị trí của DHVN với bên xoang viêm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2.4. Mối liên quan giữa mức độ của dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang

Bảng 3.10. Sự liên quan giữa mức độ DHVN với mức độ VMX trên lâm sàng ($n=94$)

Mức độ DHVN	Mức độ VMX trên lâm sàng				Tổng	p
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Mức độ nhẹ	24 72,8%	8 24,2%	1 3,0%	0 0,0%	33 100,0%	< 0,05
Mức độ vừa	4 7,7%	34 65,4%	13 25,0%	1 1,9%	52 100,0%	
Mức độ nặng	0 0,0%	0 0,0%	6 66,7%	3 33,3%	9 100,0%	
Tổng	28 29,7%	42 44,7%	20 21,3%	4 4,3%	94 100,0%	

Có mối liên quan giữa mức độ DHVN và mức độ VMX trên lâm sàng một cách có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$): mức độ DHVN càng nặng thì tỷ lệ mức độ VMX trên lâm sàng càng tăng.

Nếu DHVN mức độ nhẹ thì VMX độ I chiếm tỷ lệ cao nhất là 72,8%, còn nếu DHVN mức độ vừa thì VMX độ II chiếm tỷ lệ cao nhất là 65,4%. Đối với DHVN mức độ nặng thì mức độ VMX chủ yếu ở nhóm mức độ nặng là độ III và độ IV, trong đó VMX độ III chiếm tỷ lệ cao hơn độ IV là 66,7% so với 33,3%.

Bảng 3.11. Sự liên quan giữa mức độ DHVN với mức độ VMX qua nội soi ($n=94$)

Mức độ DHVN	Mức độ VMX qua nội soi				Tổng	p
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Mức độ nhẹ	27 81,8%	5 15,2%	1 3,0%	0 0,0%	33 100,0%	> 0,05
Mức độ vừa	27 51,9%	21 40,4%	3 5,8%	1 1,9%	52 100,0%	
Mức độ nặng	6 66,7%	2 22,2%	1 11,1%	0 0,0%	9 100,0%	
Tổng	60 63,8%	28 29,8%	5 5,3%	1 1,1%	94 100,0%	

Không có mối liên quan giữa mức độ DHVN và mức độ VMX qua nội soi ($p>0,05$). Mức độ VMX qua nội soi đối với DHVN mức độ nhẹ, vừa, nặng thì VMX độ I đều chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là VMX độ II và từ độ III trở lên.

Bảng 3.12. Sự liên quan giữa mức độ DHVN với mức độ VMX qua CLVT (n=94)

Mức độ DHVN	Mức độ VMX qua CLVT				Tổng	p
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Mức độ nhẹ	28 84,9%	4 12,1%	1 3,0%	0 0,0%	33 100,0%	<0,05
Mức độ vừa	21 40,4%	26 50,0%	4 7,7%	1 1,9%	52 100,0%	
Mức độ nặng	0 0,0%	2 22,2%	5 55,6%	2 22,2%	9 100,0%	
Tổng	49 52,1%	32 34,0%	10 10,7%	3 3,2%	94 100,0%	

Có mối liên quan giữa mức độ DHVN và mức độ VMX qua CLVT một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): mức độ DHVN càng nặng thì tỷ lệ mức độ VMX qua CLVT càng tăng.

Với DHVN mức độ nhẹ thì VMX độ I chiếm tỷ lệ cao nhất là 84,9%; DHVN mức độ vừa thì VMX độ II chiếm tỷ lệ cao nhất là 50% và với DHVN mức độ nặng thì VMX độ III chiếm tỷ lệ cao nhất 55,6%.

Bảng 3.13. Sự liên quan giữa mức độ DHVN với các bên xoang viêm qua CLVT (n=94)

Mức độ DHVN	Viêm xoang cùng bên	Viêm xoang đối bên	Viêm xoang 2 bên	Tổng	p
Mức độ nhẹ	24 72,7%	3 9,1%	6 18,2%	33 100,0%	<0,05
Mức độ vừa	26 50,0%	4 7,7%	22 42,3%	52 100,0%	
Mức độ nặng	1 11,1%	0 0,0%	8 88,9%	9 100,0%	
Tổng	50 53,2%	7 7,4%	37 39,4%	94 100,0%	

Mối liên quan giữa mức độ của DHVN với bên xoang viêm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): khi mức độ DHVN càng nặng thì tỷ lệ viêm xoang cả 2 bên càng tăng.

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 94 bệnh nhân có dị hình vách ngăn kèm theo hội chứng mũi xoang đến khám từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 6 năm 2018 tại Khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, từ kết quả có được chúng tôi đưa ra một số bàn luận như sau:

4.1. Đặc điểm lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn

4.1.1. Đặc điểm chung

Về tuổi: bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phân bố nhiều nhất ở nhóm tuổi 16 - 30 (58,5%) và tuổi trung bình là 31,98. Đây là nhóm tuổi đang sung sức trong học tập, lao động, là nguồn nhân lực chính của xã hội, nhóm tuổi này thường xuyên tiếp

xúc với môi trường độc hại, khói bụi.

Về giới: tỷ lệ nam giới là 70,2%, lớn hơn gấp đôi tỷ lệ nữ giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Võ Thanh Quang (2004) [3], Lê Thanh Thái (2017) [5].

Về thời gian mắc bệnh: bệnh nhân có thời gian mắc bệnh chủ yếu là 1-5 năm chiếm 60,6%. Kết quả này là phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Siêng khi nghiên cứu về dị hình vách ngăn là 64,7% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 2 – 5 năm [4].

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu chúng tôi, theo bảng 3.1, các triệu chứng lâm sàng chính xuất hiện với tỷ lệ cao. So sánh với một số tác giả khác cho thấy có sự tương đương.

Bảng 4.1. So sánh tỷ lệ xuất hiện triệu chứng lâm sàng của các tác giả

Triệu chứng	Lê Thanh Thái [5] (n = 278)	Đặng Thanh [6] (n =121)	Nghiên cứu của chúng tôi (n = 94)
Đau nhức đầu mặt	82,7%	79,3%	71,3%
Ngạt mũi	93,2%	95,0%	96,8%
Chảy mũi	39,9%	92,6%	89,4%
Giảm khứu giác	29,9 %	66,9%	42,6%

Ngạt mũi không những gây khó chịu cho bệnh nhân mà còn ảnh hưởng đến sinh hoạt, lao động và học tập của bệnh nhân. Nghiên cứu của Kim S.K. cùng cộng sự đã cho thấy có mối liên quan giữa dị hình vách ngăn với sự tắc nghẽn dòng khí ở mũi thông qua đánh giá những thay đổi về trở kháng trong hốc mũi, sự phân chia tốc độ dòng khí qua mũi, vận tốc cục bộ tối đa và áp suất hốc mũi [12]. Triệu chứng ngạt mũi khác nhau ở mỗi bệnh nhân, ngạt mũi có thể từng lúc hoặc liên tục. Ngạt mũi thường một bên, chủ yếu bên vẹo lệch nhiều tuy nhiên cũng có thể ngạt hai bên do cuốn mũi dưới có khuynh hướng phát triển để lấp vào khoảng trống [1]. Triệu chứng ngạt mũi được chia thành nhẹ, vừa và nặng tùy thuộc vào mức độ. Phần lớn bệnh nhân bị ngạt mũi mức độ vừa chiếm 62,8%, ngạt mũi mức độ nặng chiếm tỷ lệ 17,0% thường gặp ở những bệnh nhân viêm xoang mức độ nặng hoặc có polype mũi, khối polype chiếm toàn bộ thể tích hốc mũi hoặc những dị hình vách ngăn mức độ nặng cản trở sự thông khí của mũi.

Triệu chứng chảy mũi gặp trong nghiên cứu là do phản ứng tăng tiết niêm dịch của niêm mạc mũi xoang, kết hợp với sự cản trở và bít tắc trên con đường vận chuyển niêm dịch gây ứ trệ và tạo điều kiện môi trường thuận lợi cho vi khuẩn gây bội nhiễm. Về tính chất dịch mũi được chia thành ba loại: nhầy trong, nhầy đục và mủ vàng xanh. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân chảy dịch nhầy trong chiếm tỷ lệ cao nhất 52,1%, tiếp đến chảy dịch nhầy đục là 31,9% và chảy mủ vàng xanh ít gặp nhất 5,3%.

Triệu chứng đau nhức đầu mặt và giảm khứu đa số đều ở mức độ nhẹ.

4.1.3. Các đặc điểm hình thái dị hình vách ngăn

Về hình thái dị hình vách ngăn: 51,0% dị hình vách ngăn là vẹo, 21,3% là mào vách ngăn, tiếp theo là gai vách ngăn chiếm 12,8%, kiểu phối hợp chiếm 10,6% và ít nhất là dày chân vách ngăn chỉ chiếm 4,3%. Theo Lê Thanh Thái tỷ lệ hình thái dị hình vách ngăn là: vẹo 43,5%, mào 31,3%, gai 14% và phối hợp 11,2% [5].

Theo phân vùng của Cottle về vị trí của DHVN: phần lớn gặp DHVN ở vùng 4, 5 chiếm tỷ lệ 68,1%,

DHVN ở vùng 1, 2, 3 chiếm tỷ lệ 31,9%. Tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Tư Thế [7]: vùng 4, 5 chiếm 77,1% và vùng 1,2,3 chỉ chiếm 22,9%.

Theo cách phân độ về mức độ dị hình vách ngăn [13]: Mức độ vẹo lệch vách ngăn được tính theo khoảng cách từ đường giữa vách ngăn đến thành ngoài hốc mũi. DHVN mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,3%, mức độ nhẹ chiếm 35,1% và mức độ nặng chỉ chiếm 9,6%.

4.2. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái dị hình vách ngăn với viêm mũi xoang mạn tính

4.2.2. Mối liên quan giữa hình thái của dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang

Mức độ VMX trên lâm sàng qua triệu chứng cơ năng thì đối với DHVN theo kiểu vẹo VN thì VMX độ I chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,6% và giảm dần từ độ II đến độ IV. Hình thái DHVN theo kiểu gai và mào thì VMX độ II chiếm tỷ lệ cao nhất, không có VMX độ IV. Đối với DHVN theo kiểu dày chân VN thì VMX độ I chiếm tỷ lệ cao nhất và không có VMX độ III và độ IV. Đối với DHVN theo kiểu phối hợp thì VMX độ II chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là độ III và độ IV, thấp nhất là độ I. Theo nghiên cứu ở bảng 3.2 cho thấy có mối liên quan giữa hình thái DHVN và mức độ VMX trên lâm sàng.

Mức độ VMX qua nội soi đối với các hình thái DHVN thì VMX độ I đều chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là VMX độ II, III. VMX độ IV chỉ xuất hiện ở hình thái DHVN theo kiểu vẹo, không xuất hiện ở các hình thái DHVN khác. Mức độ VMX qua CLVT đối với các DHVN theo kiểu vẹo và phối hợp thì VMX độ I chiếm tỷ lệ cao nhất. Đối với DHVN theo kiểu gai thì VMX độ II chiếm tỷ lệ cao nhất. Ở các hình thái DHVN theo kiểu gai, mào và dày chân thì đều không gặp VMX độ IV. Đối với mức độ VMX qua nội soi và qua CLVT thì không có mối liên quan nào với hình thái DHVN.

4.2.3. Mối liên quan giữa vị trí của dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang

Mức độ VMX trên lâm sàng qua triệu chứng cơ năng thì đối với DHVN vùng 1,2,3 và vùng 4,5 đều cho thấy VMX độ II chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là

độ I, độ III và ít nhất là độ IV.

Mức độ VMX qua nội soi đối với DHVN vùng 1,2,3 và vùng 4,5 thì VMX độ I đều chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là độ II, độ III. VMX độ IV không gặp ở DHVN vùng 4,5.

Mức độ VMX qua CLVT thì đối với DHVN vùng 1,2,3 và vùng 4,5 đều cho thấy VMX độ I chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là độ II, độ III và ít nhất là độ IV.

Tuy nhiên theo nghiên cứu trên của chúng tôi thì không có mối liên quan giữa vị trí DHVN và mức độ VMX trên lâm sàng, nội soi và CLVT.

4.2.4. Mối liên quan giữa mức độ của dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang

Mức độ viêm mũi xoang trên lâm sàng qua triệu chứng cơ năng thì đối với DHVN mức độ nhẹ thì VMX độ I chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là độ II, độ III, không có VMX độ IV. Đối với DHVN mức độ vừa thì VMX độ II chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là độ III, độ I và ít nhất là độ IV. Đối với DHVN mức độ nặng thì không có VMX độ I, II, VMX độ III chiếm tỷ lệ cao hơn độ IV. Như vậy có thể thấy có mối liên quan giữa mức độ DHVN và mức độ VMX trên lâm sàng: mức độ DHVN càng nặng thì tỷ lệ mức độ VMX trên lâm sàng càng tăng ($p < 0,05$).

Mức độ VMX qua nội soi đối với DHVN mức độ nhẹ, vừa, nặng thì VMX độ I đều chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là VMX độ II, độ III. VMX độ IV không xuất hiện ở DHVN mức độ nhẹ và nặng. Qua đó có thể thấy không có mối liên quan giữa mức độ DHVN và mức độ VMX qua nội soi.

Mức độ VMX qua CLVT thì đối với DHVN mức độ nhẹ thì VMX độ I chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là độ II, độ III và không có VMX độ IV. Đối với DHVN mức độ vừa thì VMX độ II chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là độ I, độ III và ít nhất là độ IV. Đối với DHVN mức độ nặng thì không có VMX độ I, VMX độ III chiếm tỷ lệ cao nhất. Do đó có thể kết luận rằng mức độ DHVN càng nặng thì tỷ lệ mức độ VMX qua CLVT càng tăng ($p < 0,05$).

Đối với các mức độ DHVN thì tỷ lệ VMX cùng bên chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,2%, tiếp đến là VMX cả 2 bên với 39,4%, ít gặp nhất là VMX đối bên chỉ chiếm 7,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì khi mức độ DHVN càng nặng thì tỷ lệ viêm mũi xoang cả 2 bên càng tăng ($p < 0,05$). Lifeng Li và cs (2012) kết luận rằng: theo quan điểm về khí động lực học, những bệnh nhân có dị hình vách ngăn đều có thể bị viêm mũi xoang mạn tính cả hai bên [15]. Điều này có thể giải thích, đối với bên có DHVN thì cản trở thông khí và dẫn lưu của xoang dẫn đến VMX, còn đối với bên không có DHVN thì cũng có nguy cơ VMX do vách ngăn lệch sang một bên thì bên còn lại (bên không có DHVN) sẽ rộng hơn và làm tăng thông khí của hốc mũi và xoang, nếu sự tăng thông

khí này diễn ra quá mức thì sẽ ảnh hưởng không tốt đến niêm mạc và chức năng của các lông chuyển trong hốc mũi và trong xoang. Cũng có nhiều nghiên cứu cho kết quả tương tự như nghiên cứu của Elahi M.M. và Frenkiel S. (2000) đã kết luận rằng: Có sự liên quan giữa tỷ lệ và mức độ của VMX mạn tính hai bên với mức độ DHVN [8] và kết luận của Naglaa M. Elsayed và Lujain F. Abdalaal (2015) khi nghiên cứu sự liên quan giữa các dị hình của PHLN và dị hình của cấu trúc trong hốc mũi với viêm mũi xoang mạn tính trên CLVT là: Có mối tương quan đáng kể giữa độ lệch vách ngăn với viêm mũi xoang [10].

Tóm lại, chúng tôi đưa ra nhận xét là trong các đặc điểm về hình thái, vị trí và mức độ của DHVN thì mức độ dị hình vách ngăn có ảnh hưởng nhất đến viêm mũi xoang mạn tính, có thể là viêm mũi xoang một bên hoặc ở cả hai bên. Đây là cách phân độ tính theo độ lệch của vách ngăn từ đường giữa đến thành ngoài hốc mũi và nó cho thấy được sự liên quan của dị hình vách ngăn với bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính biểu hiện trên lâm sàng qua triệu chứng cơ năng và trên cắt lớp vi tính. Vì vậy với những DHVN mức độ nặng, dị hình phức tạp, dị hình vách ngăn ở phần cao thì nên cho chụp CLVT để có thể đánh giá được tình trạng viêm mũi xoang mạn tính trên bệnh nhân đó.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 94 bệnh nhân có dị hình vách ngăn kèm theo hội chứng mũi xoang đến khám tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 4/2017 đến tháng 5/2018, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

5.1. Đặc điểm lâm sàng và hình thái dị hình vách ngăn trên bệnh nhân có hội chứng mũi xoang

- Đặc điểm chung: Bệnh nhân ở độ tuổi 16 - 30 chiếm tỷ lệ 58,5%. Nam là 70,2%, nữ là 29,8%, tỷ suất nam/nữ là 2,3/1. Thời gian mắc bệnh trước khi đến khám đa số là >1-5 năm (60,6%).

- Triệu chứng cơ năng: Ngạt mũi 96,8%, chảy mũi 89,4%, đau nhức đầu mặt 71,3%, giảm khứu giác 42,6%. Ngạt mũi chủ yếu là ngạt mũi mức độ vừa (62,8%), mức độ đau nhức đầu đa số là mức độ nhẹ (37,2%) và đau ở vùng trán - thái dương (41,5%), tính chất chảy dịch mũi cao nhất là chảy mũi dịch trong (52,1%), giảm khứu giác chủ yếu là mức độ nhẹ 29,8%.

- Biểu chứng của DHVN và viêm mũi xoang mạn tính: viêm họng 27,7%; suy nhược thần kinh 24,5%, ù tai tiếng trầm 18,1% và chảy máu mũi 12,8%.

- Đặc điểm của DHVN: Hình thái DHVN thường gặp nhất là vẹo (vẹo chữ C và vẹo chữ S) chiếm 51,0%. Vị trí DHVN theo phân vùng của Cottle, vùng

4,5 chiếm tỷ lệ cao với 68,1%. Mức độ DHVN chiếm tỷ lệ cao nhất là mức độ vừa chiếm 55,3%.

5.2. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái dị hình vách ngăn với viêm mũi xoang mạn tính

- Trên lâm sàng qua triệu chứng cơ năng, bệnh nhân VMX độ II chiếm tỷ lệ cao nhất. Qua nội soi và CLVT, bệnh nhân VMX độ I chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Đối với các đặc điểm DHVN thì tỷ lệ VMX cùng bên chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là VMX cả 2 bên, ít gặp nhất là VMX đối bên chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ. Có mối liên quan giữa mức độ của DHVN với bên xoang viêm là khi mức độ DHVN càng nặng thì tỷ lệ viêm

mũi xoang cả 2 bên càng tăng.

- Có mối liên quan giữa hình thái DHVN với mức độ VMX mạn tính trên lâm sàng. Ngược lại, đặc điểm hình thái DHVN không có mối liên quan với mức độ VMX qua nội soi và CLVT.

- Không có mối liên quan giữa vị trí DHVN theo phân vùng của Cottle với mức độ VMX trên lâm sàng, qua nội soi và CLVT.

- Đối với mức độ DHVN thì có mối liên quan với mức độ VMX mạn tính trên lâm sàng và CLVT: mức độ DHVN càng nặng thì tỷ lệ mức độ VMX càng tăng. Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa mức độ DHVN với mức độ VMX qua nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Khắc Cường và các cộng sự (2015), "Vẹo vách ngăn mũi", *Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh lý mũi xoang*, Nxb Y học, Tp Hồ Chí Minh, tr. 98-105.
2. Võ Thanh Quang (2004), *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị viêm đa xoang mạn tính qua phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Văn Siêng (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị dị hình vách ngăn có biến chứng*, Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. Lê Thanh Thái và Nguyễn Quý Quang (2017), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị dị hình vách ngăn mũi ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế", *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*. 62-36 (2), tr. 19-30.
5. Đặng Thanh và Nguyễn Lưu Trình (2012), "Đề xuất phương pháp phân độ viêm mũi xoang mạn tính qua triệu chứng cơ năng", *Tạp chí Y học Việt Nam*, . tập 389, tr. 23-29.
6. Nguyễn Tư Thế, Quách Thị Cần và Nguyễn Quốc Dũng (2011), "Lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Đại học y dược Huế", *Tạp chí nghiên cứu y học* 79 (2), tr. 104- 110.
7. Elahi M. M. và Frenkiel S. (2000), "Septal deviation and chronic sinus disease", *Am J Rhinol*. 14(3), p.175-179.
8. Mary S. Georgy, M.D., Anju T. Peters, M.D., (2012), "Chapter 8: Rhinosinusitis", *Allergy and Asthma Proceedings*. Vol 33, No. 3, p.24-27.
9. Naglaa M. E. and Lujain F. A. (2015), "The Relation between Anatomical Variations of Osteomeatal Complex & Nasal Structures and Chronic Sinusitis by Computed Tomography", *International Journal of Medical Imaging*; 3(2), p.16-20.
10. Prasad S., Varshney S., Bist S.S., Mishra S., Kabdwal N. (2013), "Correlation study between nasal septal deviation and rhinosinusitis", *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013 Dec; 65(4), p.363-366.
11. Kim S.K., Heo G.E., Seo A., Na Y., Chung S.K. (2014), "Correlation between nasal airflow characteristics and clinical relevance of nasal septal deviation to nasal airway obstruction", *Respiratory Physiology Neurobiology* 192, p.95-101.
12. Salihoglu M., Cekin E., Altundag A., Cesmeci E. (2014), "Examination versus subjective nasal obstruction in the evaluation of the nasal septal deviation", *Rhinology*. 52(2), p. 122-126.
13. Samuel S.B., Daniel G.B., Marcelo B.A., Andrew R.S. (2013), "Septoplasty", *Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery*, Elsevier Saunders, 1st.ed, p.1-9.
14. Li L., Han D., Li Y. et al. (2012), "Aerodynamic Investigation of the Correlation Between Nasal Septal Deviation and Chronic Rhinosinusitis", *The Laryngoscope*. 122, p.1915-1919.