

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BỆNH NHÂN CÓ TÚI HƠI CUỐN GIỮA

Nguyễn Nguyễn, Phan Văn Dung, Lê Thanh Thái
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đề tài nhằm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính của túi hơi cuốn mũi giữa và đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh nhân có túi hơi cuốn giữa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành ở 37 bệnh nhân với 51 túi hơi cuốn giữa (THCG) được phẫu thuật cắt bán phần ngoài. Nghiên cứu bằng phương pháp mô tả cắt ngang, từ tháng 10 năm 2012 đến tháng 6 năm 2014. **Kết quả:** Triệu chứng chủ yếu của bệnh nhân có THCG là nhức đầu (89,2%) và nghẹt mũi (67,6%). Trên bệnh nhân có THCG thường có những bất thường giải phẫu và bệnh lý kèm theo, đặc biệt là vẹo vách ngăn mũi (75,7%). THCG 1 bên chiếm 62,2%, THCG 2 bên là 37,8%. Vị trí THCG: phần trước 88,2%, phần sau 2%, cả phần trước và sau 9,8%. Vị trí thông khí của túi hơi: type lamellar 68,7%, type bulbous 7,8% và type extensive 23,5%. Kích thước túi hơi theo phân độ Thomas: cao nhất là túi hơi độ 3 (31,1%) tiếp theo là độ 2 (27%) và độ 4 (6,7%) cuối cùng là độ 1 (4,1%). Kích thước túi hơi theo phân độ của Nadas: cao nhất là túi hơi độ 1 (59,5%), tiếp theo là độ 0 (31,1%) và độ 3 (8,1%), cuối cùng là độ 2 (1,3%). Tai biến lúc phẫu thuật: rách niêm mạc vách ngăn (chiếm 18,9%), chảy máu nhiều lúc mổ (chiếm 8,1%), chảy máu niêm mạc cuốn giữa (chiếm 2,7%). Tai biến và biến chứng sau phẫu thuật: chảy máu khi rút meche (chiếm 13,5%), chảy máu sớm trước 6 giờ (chiếm 5,4%); dính cuốn sau mổ (chiếm 2,7%), chảy máu sau mổ trước 24 giờ, và thủng vách ngăn không có bệnh nhân nào. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật: Sau 3 tháng triệu chứng nhức đầu giảm 84,8%, Nghẹt mũi giảm 92%, khịt khạc giảm 90,9%, Ngứa mũi hắt hơi giảm 42,9%. Hình ảnh cuốn mũi giữa qua nội soi sau phẫu thuật: 100% cuốn mũi giữa thon nhỏ. **Kết luận:** Sự kết hợp lâm sàng với nội soi và cắt lớp vi tính mũi xoang sẽ nâng cao tính hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị túi hơi cuốn giữa.

Từ khóa: túi hơi cuốn mũi giữa, vẹo vách ngăn, chụp cắt lớp vi tính mũi xoang.

Abstract

THE CLINICAL CHARACTERISTICS , COMPUTERIZED TOMOGRAPHY FINDINGS AND SURGICAL OUTCOMES OF PATIENTS WITH CONCHA BULLOSA

Nguyen Nguyen, Phan Van Dung, Le Thanh Thai
Hue University of Medicine and Pharmacy

Objectives: To describe clinical characteristics and computerized tomography findings of concha bullosa and to evaluate the surgical outcomes. **Patients and method:** 37 patients with 51 concha bullosa were operated, from October 2012 to June 2014. **Result:** Main symptoms of patients with CB was headache (89.2%) and nasal congestion (67.6%). Patients with CB often have changes of anatomy and pathology, particularly crooked nasal septum (75.7%). Patients with bilateral CB accounted for 62.2%. Location of CB: 88.2% at anterior section 2% at posterior section 9.8% at both anterior nad posterior sections. Ventilation position of CB: 68.7% lamellar type, 7.8% type bulbous, and 23.5% type extensive. The size of CB according to Thomas: highest grade 3 (31.1%) followed by grade 2 (27%) and grade 4 (6.7%) was the last grade 1 (4.1%). The size of CB according to Nadas: highest level 1 (59.5%), followed by the 0 (31.1%) and grade 3 (8.1%), and finally grade 4 (1.3%). Complications of surgery:

- Địa chỉ liên hệ: Lê Thanh Thái, email: thslethanhtai@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2016.1.12

- Ngày nhận bài: 3/12/2015 *Ngày đồng ý đăng: 20/2/2016 * Ngày xuất bản: 7/3/2016

tear of the lining of the septum (18.9 %), multiple intraoperative bleeding (8.1%), mucosal abrasions of middle turbinate (2.7%). Post-operative Complications: meche withdrawal bleeding after surgery (13.5%), bleeding early before 6 hours (5.4%); Stick after surgery (representing 2.7%), postoperative bleeding before 24 hours. After 3 months of headaches decreased 84.8%, stuffy nose decreased 92%, Itchy nose, sneezing decreased 42.9%. Postoperative nasal endoscopy: 100% middle turbinate slim. **Conclusion:** The combined clinical and endoscopy and CT will improve the efficiency of diagnosis and treatment of concha bullosa.

Key words: *Concha bullosa, deviated nasal septum, rhinosinusal computerized tomographic scanner.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi hơi cuốn giữa là sự phát triển của tế bào khí trong lòng cuốn giữa (với các mức độ to, nhỏ khác nhau) [3]. Tỷ lệ có túi hơi cuốn giữa theo Lothrop là 5%, Long 8%, Amedee và Miller 12% [1]. Túi hơi cuốn giữa không phải là một bệnh mà là một thay đổi giải phẫu thường gặp gây tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách và có thể gây viêm mũi xoang mạn tính [4], [5]. Tuy nhiên, mức độ chèn ép gây tắc nghẽn ở khe mũi giữa còn tùy thuộc vào mức độ và vị trí thông khí của túi hơi cuốn giữa. Vì vậy không phải tất cả bệnh nhân có túi hơi cuốn giữa đều có viêm mũi xoang mạn tính [4]. Ngày nay, chưa có tài liệu nào chứng minh một cách thuyết phục mối quan hệ giữa túi hơi cuốn giữa và viêm mũi xoang mạn tính. Chẩn đoán túi hơi cuốn giữa có thể dựa vào lâm sàng với các triệu chứng cơ năng của viêm mũi xoang. Nội soi mũi xoang cũng rất gợi ý túi hơi cuốn giữa. Chụp cắt lớp vi tính là chỉ định cận lâm sàng rất có giá trị cho chẩn đoán bất thường giải phẫu này. Việc điều trị cho những bệnh nhân này là phẫu thuật lấy bỏ túi hơi qua nội soi, có thể kèm theo xén vách ngăn và mở phức hợp lỗ ngách (nếu cần). Túi hơi cuốn mũi, vẹo vách ngăn làm hẹp hốc mũi, chèn ép làm hẹp lỗ thông mũi xoang gây ra nhiều biến chứng như viêm xoang, nhức đầu, chảy mũi, ngạt mũi, rối loạn khứu giác... làm ảnh hưởng đến sức khỏe, giảm khả năng lao động và học tập công tác. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài nhằm hai mục tiêu:

1. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính túi hơi cuốn giữa*

2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh nhân có túi hơi cuốn giữa.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 37 bệnh nhân với 51 túi hơi cuốn giữa được

phẫu thuật cắt bán phần ngoài tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp tiền cứu, quan sát, mô tả, có can thiệp lâm sàng.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Bộ dụng cụ nội soi mũi xoang, máy chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc 1 lát cắt hiệu Shimadzu model C7800 đặt tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính túi hơi cuốn giữa: Ghi nhận các đặc điểm chung, Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của THCG: số lượng THCG (một bên: bên phải, bên trái; hai bên), vị trí THCG (trước: trước mảnh nền xương cuốn mũi giữa; sau: sau mảnh nền xương cuốn mũi giữa), vị trí thông khí THCG (thông khí ở phần đứng mảnh nền xương cuốn mũi giữa: type lamellar; thông khí ở phần tự do của cuốn mũi giữa: type bulbous; thông khí ở cả phần đứng mảnh nền và phần dưới của cuốn mũi giữa: type extensive hay type “thực sự”), đặc điểm túi hơi (sáng; mờ), kích thước túi hơi theo phân độ Thomas (độ 0: không có túi hơi; độ 1: đường kính trước sau THCG từ 1-3mm; độ 2: > 3-6mm; độ 3: > 6-9mm; độ 4: > 9mm), kích thước THCG theo phân độ Nadas (độ 0: không có túi hơi, độ 1: túi hơi nhỏ (đường kính ngang ≤ 5 mm), độ 2: túi hơi trung bình (>5mm) không kèm theo vẹo vách ngăn; độ 3: túi hơi lớn (>5mm) kèm theo vẹo vách ngăn)

- Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh nhân có túi hơi cuốn giữa

2.2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê Y học, ứng dụng phần mềm Excel 2007 SPSS 22.0 và Medcalc.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính túi hơi cuốn giữa

3.1.1. Sự phân bố theo giới: Tỷ lệ nữ giới không có sự khác biệt so với nam giới, bệnh nhân nữ chiếm 56,8%, bệnh nhân nam chiếm 43,2%.

3.1.2. Sự phân bố theo nhóm tuổi: Lứa tuổi thành niên và lao động chính (16-45 tuổi) chiếm đa số 83,8%, cao hơn so với lứa tuổi học sinh và tuổi trung niên (≤ 15 tuổi và > 45 tuổi) 16,2%. Thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 63 tuổi, trung bình $30,86 \pm 12,73$ tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.1.3. Sự phân bố theo nghề nghiệp: Nhóm nghề nghiệp là cán bộ viên chức, công nhân và học sinh - sinh viên chiếm tỷ lệ: 51,4%, nhóm nông dân và các nghề khác thấp hơn: 48,6%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.4. Sự phân bố theo thời gian mắc bệnh: Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh > 2 năm (83,8%), cao hơn so với nhóm bị bệnh ≤ 2 năm (16,2%).

3.1.5. Lý do vào viện: Nhức đầu là triệu chứng

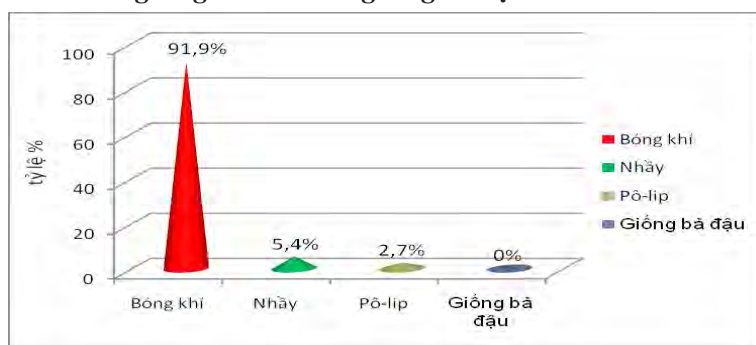
hay gặp nhất, 33/37 bệnh nhân (chiếm 89,2%). Kế tiếp là nghẹt mũi 25/37 bệnh nhân (chiếm 67,6%). Khịt khạc có tỉ lệ thấp hơn (chiếm 29,7%). Không có bệnh nhân giảm hoặc mất ngủ.

3.1.6. Sự phân bố theo địa dư: Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật THCG sống ở nông thôn không có sự khác biệt so với ở thành thị (nông thôn chiếm 54,1%, thành thị chiếm 45,9%).

3.1.7. Các triệu chứng cơ năng: Ở bệnh nhân có THCG thường có từ 2 đến 3 triệu chứng là thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 64,9%. Nhóm 1 và 4 chiếm tỷ lệ 35,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong đó, hầu hết bệnh nhân đều có nhức đầu và nghẹt mũi, 24 bệnh nhân (chiếm 64,9%).

3.1.8. Triệu chứng thực thể trên nội soi: Khảo sát trên 37 bệnh nhân trước mổ, có 12 bệnh nhân (chiếm 32,6%) có biểu hiện cuốn giữa to hai bên, 8 bệnh nhân (chiếm 29,7%) to cuốn giữa bên phải, 8 bệnh nhân (chiếm 29,7%) to cuốn giữa bên trái, 3 bệnh nhân (chiếm 8,1%) không thấy cuốn giữa phình to.

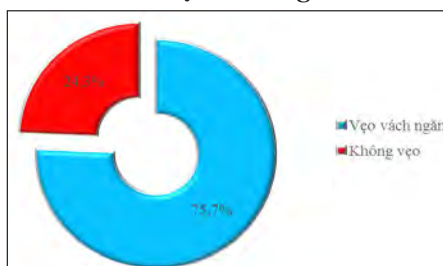
3.1.9. Thành phần chứa trong lòng túi hơi cuốn giữa ghi nhận khi mổ



Biểu đồ 1. Thành phần chứa trong lòng túi hơi cuốn mũi

Đa số bên trong lòng túi hơi cuốn mũi là không khí (chiếm 91,9%). Nhầy, polyp, giống bã đậu chiếm tỷ lệ 8,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.1.10. Sự liên hệ giữa túi hơi cuốn mũi và vẹo vách ngăn



Biểu đồ 2. Tỷ lệ vẹo vách ngăn

28 bệnh nhân có túi hơi cuốn mũi kèm theo vẹo vách ngăn chiếm 75,7%. 9 bệnh nhân không có vẹo vách ngăn chiếm 24,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.1.11. Độ thông thoáng của hai hốc mũi trước mổ đo bằng gương Glatzel: Như vậy, có 38/74 hốc mũi thông thoáng độ 1 (chiếm 51,4%), 28/74 hốc mũi thông thoáng độ 2 (chiếm 37,8%), có 4/74 hốc mũi thông thoáng độ 3 (chiếm 5,4%), 4/74 hốc mũi thông thoáng độ 4 (chiếm 5,4%).

3.1.12. Các đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của túi hơi cuốn giữa

3.1.12.1. Phân bố túi hơi cuốn giữa

Bảng 1. Phân bố túi hơi cuốn giữa (n=37)

Túi hơi cuốn giữa		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Một bên	Bên phải	11	29,8	62,2
	Bên trái	12	32,4	
Hai bên		14	37,8	
Tổng		37	100	

Tổng cộng có 51 túi hơi. Bệnh nhân có THCG 1 bên là 23/37 trường hợp, chiếm tỷ lệ 62,2%, bệnh nhân có THCG 2 bên là 14/37 trường hợp, chiếm tỷ lệ 37,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

3.1.12.2. Phân bố vị trí túi hơi cuốn giữa

Bảng 2. Vị trí túi hơi ở cuốn mũi giữa (với số lượng túi hơi là n=51)

Vị trí THCG	Trước	Sau	Trước và sau
Bên phải (n=25)	22	1	2
Bên trái (n=26)	23	0	3
Tổng (n=51)	45 88,2%	1 2,0%	5 9,8%

Đa số THCG nằm ở phần trước (trước mảnh nền xương cuốn mũi giữa) chiếm tỷ lệ 88,2% so với THCG nằm ở phần sau (sau mảnh nền xương cuốn mũi giữa) 2% và cả phần trước và phần sau 9,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

3.1.12.3. Vị trí thông khí của túi hơi cuốn mũi giữa

Bảng 3. Vị trí thông khí của túi hơi cuốn mũi giữa (n=51)

Vị trí thông khí	Lamellar type	Bulbous type	Extensive type
Bên phải (n=25)	15	3	7
Bên trái (n=26)	20	1	5
Tổng (n=51)	35(68,7%)	4(7,8%)	12(23,5%)

Type Lamellar chiếm tỷ lệ cao nhất 68,7%. Type Bulbous và type Extensive có tỷ lệ lần lượt là 7,8% và 23,5%. Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

3.1.12.4. Đặc điểm độ sáng túi hơi cuốn giữa

Bảng 4. Đặc điểm độ sáng túi hơi cuốn giữa (n=51)

Đặc điểm	Sáng	Mờ
Bên phải (n=25)	22	3
Bên trái (n=26)	24	2
Tổng (n=51)	46(90,2%)	5(9,8%)

Theo bảng trên chúng tôi thấy THCG không viêm là 46/51 túi hơi, chiếm tỷ lệ 90,2%. THCG viêm là 5/51 trường hợp, chiếm tỷ lệ 9,8%.

3.1.12.5. Kích thước túi hơi cuốn giữa theo chiều trước sau theo phân độ Thomas

Bảng 5. Kích thước túi hơi cuốn mũi giữa theo chiều trước sau theo phân độ Thomas (với số lượng hốc mũi là n=74)

Phân độ Thomas	Độ 0	Độ 1 (1-3mm)	Độ 2 (>3-6mm)	Độ 3 (>6-9mm)	Độ 4 (>9mm)
Bên phải	12	1	11	10	3
Bên trái	11	2	9	13	2
Tổng	23 31,1%	3 4,1%	20 27,0%	23 31,1%	5 6,7%

Trong tổng số 51 túi hơi, kích thước túi hơi theo chiều trước sau độ 2 và độ 3 chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 27% và 31,1%. Túi hơi cuốn giữa độ 1 và độ 4 chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 4,1% và 6,7%.

3.1.12.6. Kích thước túi hơi cuốn giữa theo chiều ngang theo phân độ Nadas

Bảng 6. Kích thước túi hơi theo chiều ngang theo phân độ Nadas (n=74)

Phân độ Nadas	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3
Bên phải	12	23	0	2
Bên trái	11	21	1	4
Tổng	23 31,1%	44 59,5%	1 1,3%	6 8,1%

Phân độ của Nadas có độ 0: không có túi hơi, nên chúng tôi tính trên mẫu là 74 hốc mũi. Từ bảng trên túi hơi cuốn giữa độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 59,5%, tiếp theo là độ 3 với tỷ lệ 8,1%. Độ 2 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,3%.

3.1.13. Tương xứng giữa nội soi và hình ảnh cắt lớp vi tính của túi hơi trước mổ: Khám nội soi phát hiện được 34/37 trường hợp phì đại cuốn mũi nghĩ đến túi hơi.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

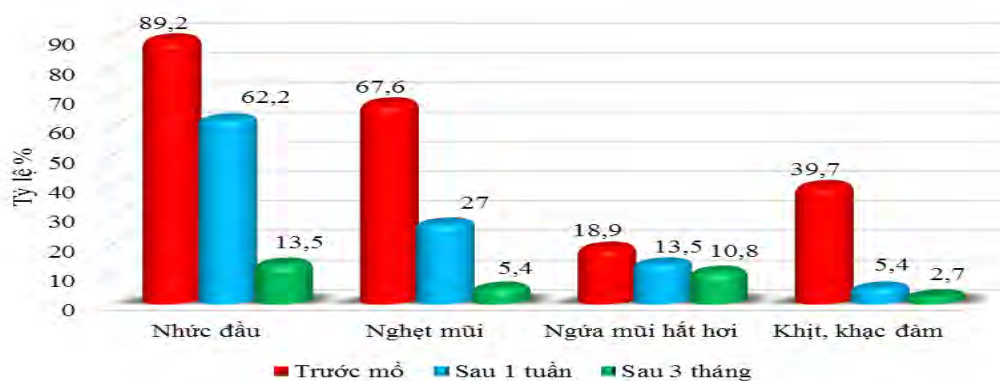
3.2.1. Biến chứng trong và sau phẫu thuật:

Biến chứng hay gặp lúc mổ là rách niêm mạc vách ngăn, 7 trường hợp (chiếm 18,9%), chảy máu nhiều lúc mổ 3 trường hợp (chiếm 8,1%), trầy xước niêm mạc cuốn giữa 1 trường hợp (chiếm

2,7%). Tai biến thường hay gặp nhất là chảy máu lúc rút meche sau mổ, 5 trường hợp (chiếm 13,5%), chảy máu sớm trước 6 giờ là 2 trường hợp (chiếm 5,4%); dính cuốn sau mổ có 1 trường hợp (chiếm 2,7%), chảy máu sau mổ trước 24 giờ, và thủng vách ngăn không có trường hợp nào.

3.2.2. Triệu chứng cơ năng

- Sau 3 tháng từ 33 bệnh nhân nhức đầu giảm xuống còn 5 bệnh nhân (giảm 84,8%).
- Nghẹt mũi 25 bệnh nhân giảm xuống còn 2 bệnh nhân (giảm 92%).
- Khịt khạc từ 11 bệnh nhân giảm xuống chỉ còn 1 bệnh nhân (giảm 90,9%).
- Ngứa mũi hắt hơi từ 7 bệnh nhân giảm xuống còn 4 bệnh nhân (giảm 42,9%).



Biểu đồ 3. Triệu chứng cơ năng sau mổ

3.2.3. Triệu chứng thực thể

3.2.3.1. Hình ảnh cuốn mũi giữa qua nội soi sau mổ

Trong 37 bệnh nhân (74 hốc mũi) có tổng cộng 51 hốc mũi có Concha Bullosa cuốn mũi giữa được cắt bán phần ngoài.

Sau mổ 3 tháng, 100% cuốn mũi giữa thon nhỏ, 1/51 trường hợp dính cuốn giữa vào vách ngăn mũi (chiếm 2,7%); không có trường hợp nào dính cuốn giữa vào vách mũi xoang.

3.2.3.2. Đo độ thông thoáng bằng gương Glatzel: sau mổ 3 tháng có 66 hốc mũi độ thông thoáng ngang mức độ 1,2 được cải thiện hoàn toàn.

3.2.4. Hình ảnh cắt lớp vi tính trước và sau mổ

Một số bệnh nhân có Concha Bullosa cuốn giữa 1 hoặc 2 bên sau thời gian phẫu thuật 3 tháng chụp lại phim đều không còn thấy hình ảnh túi hơi.

4. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 37 bệnh nhân phẫu thuật THCG tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế và Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong khoảng thời gian từ tháng 11/2012 đến tháng 6/2014, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

4.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính

- Triệu chứng chủ yếu của bệnh nhân có THCG là nhức đầu (89,2%) và nghẹt mũi (67,6%).

- Trên bệnh nhân có THCG thường có những thay đổi giải phẫu và bệnh lý kèm theo đặc biệt là vẹo vách ngăn mũi (75,7%).

- Số lượng túi hơi: túi hơi cuốn giữa 1 bên là 62,2%, trong đó bên phải là 32,4% và bên trái là 37,8%, túi hơi cuốn giữa 2 bên là 37,8%.

- Vị trí túi hơi: phần trước 88,2%, phần sau 2%, cả phần trước và sau 9,8%.

- Vị trí thông khí của túi hơi: type Lamellar 68,7%, type Bulbous 7,8% và type Extensive 23,5%.

- Kích thước túi hơi theo phân độ Thomas: cao nhất là túi hơi độ 3 (31,1%) tiếp theo là độ 2 (27%) và độ 4 (6,7%) cuối cùng là độ 1 (4,1%).

- Kích thước túi hơi theo phân độ của Nadas: cao nhất là túi hơi độ 1 (59,5%), tiếp theo là độ

0 (31,1%) và độ 3 (8,1%), cuối cùng là độ 2 (1,3%).

- Độ thông thoáng 2 hốc mũi trước mổ: hốc mũi thông thoáng độ 1 (chiếm 51,4%), thông thoáng độ 2 (chiếm 37,8%), thông thoáng độ 3 (chiếm 5,4%), thông thoáng độ 4 (chiếm 5,4%).

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

- Tai biến lúc phẫu thuật: rách niêm mạc vách ngăn (chiếm 18,9%), chảy máu nhiều lúc mổ (chiếm 8,1%), trầy xước niêm mạc cuốn giữa (chiếm 2,7%).

- Tai biến sau phẫu thuật: chảy máu lúc rút meche sau mổ (chiếm 13,5%), chảy máu sớm trước 6 giờ (chiếm 5,4%); dính cuốn sau mổ (chiếm 2,7%), chảy máu sau mổ trước 24 giờ, và thủng vách ngăn không có bệnh nhân nào.

- Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật: Sau 3 tháng triệu chứng nhức đầu giảm 84,8%, Nghẹt mũi giảm 92%, Chảy đàm giảm 90,9%, Ngứa mũi hắt hơi giảm 42,9%.

- Hình ảnh cuốn mũi giữa qua nội soi sau phẫu thuật: 100% cuốn mũi giữa thon nhỏ, dính cuốn giữa vào vách ngăn mũi (chiếm 2,7%); không có trường hợp nào dính cuốn giữa vào vách mũi xoang.

- Đo độ thông thoáng bằng gương Glatzel: sau phẫu thuật 3 tháng hốc mũi độ thông thoáng ngang mức độ 1,2 chiếm ưu thế.

- Chụp cắt lớp vi tính trước và sau phẫu thuật: Một số bệnh nhân có THCG cuốn giữa 1 hoặc 2 bên sau thời gian phẫu thuật 3 tháng chụp lại phim đều không còn thấy hình ảnh túi hơi.

5. KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu 37 bệnh nhân phẫu thuật THCG tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế và Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong khoảng thời gian từ tháng 10/2012 đến tháng 6/2014, chúng tôi có một số kiến nghị sau:

1. Bệnh nhân có triệu chứng cơ năng của viêm mũi xoang kéo dài nên được khám và điều trị sớm với ứng dụng nội soi và CLVT

2. Cần kết hợp lâm sàng với nội soi và cắt lớp vi tính mũi xoang để nâng cao tính hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị túi hơi cuốn giữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Khắc Cường, Nguyễn Đình Bảng, Nguyễn Ngọc Minh, Trần Cao Khoát (2006), “Phẫu thuật nội soi xoang chức năng”, *Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh lý mũi xoang*, Nxb Y học, thành phố Hồ Chí Minh, tr.420 - 426.
2. Nguyễn Minh Hào Hón, Nguyễn Thị Quỳnh Lan, Võ Hiếu Bình (2006), “Khảo sát concha bullosa qua nội soi, CT-Scanner, giải phẫu bệnh, chỉ định điều trị phù hợp và đánh giá kết quả”, *Bản tin thời sự Tai Mũi Họng*, tr. 21-25.
3. Lê Xuân Hiền (2007), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân có túi hơi cuốn giữa được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế*, Luận án tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.
4. Tống Diệu Hường (2012), *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của túi hơi cuốn mũi giữa*, Luận án Thạc sỹ Y học, Đại học Y Dược Huế.
5. Hatipoglu H.G. et al. (2005), “Concha bullosa types: their relationship with sinusitis, ostiomeatal and frontal recess disease”, *Diagnostic and Interventional Radiology*, (11), p.145-149.
6. Nadas S., B. Duvoisin, M. Landry, E Schnyder (1995), “Concha bullosa: frequency and appearances on CT and correlations with sinus disease in 308 patients with chronic sinusitis”, *Neuroradiology*, (37), p.234-237.
7. Smith K.D. et al. (2010), “The prevalence of concha bullosa and nasal septal deviation and their relationship to maxillary sinusitis by volumetric tomography”, *International Journal of Dentistry*, p.1-5.
8. Stallman J.S. et al. (2004), “The incidence of concha bullosa and its relationship to nasal septal deviation and paranasal sinus disease”, *AJNR Am Journal Neuroradiol*,(25), p.1613-1618.
9. Yousem D.M. (2001), “Imaging in Sinus Disease”, *Diseases of the sinuses Diagnosis and Management*, B.C. Decker Inc, Hamiltno, London, p.129-149.