TREATMENT OUTCOMES OF CHRONIC HYPERTROPHIC RHINITIS USING MUCOSA-PRESERVING INFERIOR TURBINATE REDUCTION SURGERY AT THE DEPARTMENT OF OTOLARYNGOLOGY, 19-8 HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Mai Sy Binh*

Department of Otorhinolaryngology,
19-8 Hospital, Ministry of Public Security – No. 9 Tran Binh, Tu Liem Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 19/07/2026
Revised: 18/08/2026; Accepted: 03/09/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate outcomes of mucosa-preserving endoscopic inferior turbinoplasty for chronic hypertrophic rhinitis at 19-8 Hospital, Ministry of Public Security.

Methods: A descriptive case series included 35 patients undergoing surgery from May 2022 to May 2026. Symptoms, endoscopic inferior turbinate hypertrophy grade, operative time, complications, and nasal-obstruction VAS were assessed preoperatively and at 4 and 8 weeks. Complete data were available for all 35 patients at these analyzed time points.

Results: Mean age was 29.27 ± 6.15 years; 24/35 patients were male. Nasal obstruction occurred in 31/35 (88.6%), and grade 3 hypertrophy in 25/35 (71.4%). Mean operative time was 15.45 ± 4.21 minutes. At 8 weeks, 33/35 patients (94.3%) had a good overall outcome and 2/35 (5.7%) had a moderate outcome. Early events comprised mild bleeding in 2/35 (5.7%), edema in 1/35 (2.9%), and crusting in 1/35 (2.9%); no synechiae or nasal dryness were recorded. At 8 weeks, 33/35 (94.3%) reported no obstruction and 2/35 (5.7%) mild obstruction.

Conclusion: Mucosa-preserving endoscopic inferior turbinoplasty was associated with marked short-term symptomatic improvement, a short operative time, and few early complications. Longer follow-up is required to assess recurrence.

Keywords: Chronic hypertrophic rhinitis; inferior turbinate; turbinoplasty; endoscopic surgery; mucosal preservation.

*Corresponding author
Email: taimuihong789@gmail.com **Phone**: (+84) 915251325 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6399

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI MẠN TÍNH QUÁ PHÁT BẰNG PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI DƯỚI CÓ BẢO TỒN NIÊM MẠC TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG, BỆNH VIỆN 19-8 BỘ CÔNG AN

Mai Sỹ Bình*

Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện 19-8, Bộ Công an - Số 9 Trần Bình, P. Từ Liêm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 19/07/2026
Ngày sửa: 18/08/2026; Ngày đăng: 03/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi mạn tính quá phát bằng phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới có bảo tồn niêm mạc tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 35 bệnh nhân được phẫu thuật từ tháng 05/2022 đến tháng 05/2026. Đánh giá triệu chứng, phân độ quá phát cuốn mũi dưới qua nội soi, thời gian phẫu thuật, biến chứng và mức độ nghẹt mũi theo VAS trước mổ, sau 4 tuần và sau 8 tuần. Có đủ dữ liệu của 35/35 bệnh nhân tại ba mốc phân tích.

Kết quả: Tuổi trung bình 29,27 ± 6,15 tuổi; nam 24/35. Tắc nghẹt mũi gặp ở 31/35 bệnh nhân (88,6%); quá phát cuốn mũi độ 3 chiếm 25/35 (71,4%). Thời gian phẫu thuật trung bình 15,45 ± 4,21 phút. Kết quả chung ở mốc 8 tuần: tốt 33/35 (94,3%), trung bình 2/35 (5,7%). Có 2/35 trường hợp chảy máu nhẹ (5,7%), 1/35 phù nề (2,9%) và 1/35 tạo vảy mũi (2,9%); không ghi nhận dính mũi hoặc khô mũi. Sau 8 tuần, 33/35 bệnh nhân (94,3%) không còn nghẹt mũi và 2/35 (5,7%) còn nghẹt nhẹ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới có bảo tồn niêm mạc cho kết quả cải thiện triệu chứng tốt trong theo dõi 8 tuần, thời gian mổ ngắn và ít biến chứng sớm. Cần theo dõi dài hơn để đánh giá tái phát.

Từ khóa: Viêm mũi mạn tính quá phát; cuốn mũi dưới; chỉnh hình cuốn mũi; phẫu thuật nội soi; bảo tồn niêm mạc.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi mạn tính (Chronic rhinitis-CR) là tình trạng viêm niêm mạc mũi, đặc trưng bởi 2 hoặc nhiều triệu chứng nghẹt/tắc nghẽn mũi, chảy nước mũi trước hoặc sau , hắt hơi và ngứa mũi kéo dài ít nhất 1 giờ mỗi ngày và hơn 12 tuần mỗi năm[6]. Điều trị viêm mũi mạn tính thể quá phát trước hết là điều trị nội khoa bao gồm corticoid xịt mũi, kháng histamin, thuốc chống sung huyết và các biện pháp vệ sinh mũi [8]. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, đặc biệt khi cuốn mũi dưới phì đại kéo dài và không đáp ứng với điều trị bảo tồn, các triệu chứng nghẹt mũi vẫn tồn tại, gây khó chịu dai dẳng cho người bệnh. Khi đó, can thiệp ngoại khoa trở thành lựa chọn cần thiết nhằm cải thiện thông khí mũi và nâng cao chất lượng sống.

Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới có bảo tồn niêm mạc đã được ứng dụng rộng rãi trong điều trị viêm mũi mạn tính thể quá phát. Phương pháp này cho phép giảm thể tích tổ chức quá phát của cuốn mũi dưới dưới sự hỗ trợ của nội soi, đảm bảo tính chính xác, hạn chế tổn thương niêm mạc, giảm chảy máu và biến chứng sau mổ, đồng thời bảo tồn chức năng sinh lý của mũi. Hiện nay các nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống kết quả của phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới có bảo tồn niêm mạc trên bệnh nhân viêm mũi mạn tính thể quá phát vẫn còn hạn chế. Chúng tôi tiến hành đề tài: " Kết quả điều trị viêm mũi mạn quá phát bằng phẫu thuật chỉnh hình cuốn mũi dưới có bảo tồn niêm mạc" nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi mạn tính quá phát bằng phẫu thuật chỉnh hình cuốn mũi

1.1. Viêm mũi mạn tính quá phát

1.1.1 Viêm mũi mạn tính

Viêm mũi mạn tính được định nghĩa là tình trạng viêm niêm mạc mũi, đặc trưng bởi 2 hoặc nhiều triệu chứng nghẹt/tắc nghẽn mũi, chảy nước mũi trước hoặc sau, hắt hơi và ngứa mũi kéo dài ít nhất 1 giờ mỗi ngày và hơn 12 tuần mỗi năm [10].

Viêm mũi quá phát: là hiện tượng quá phát, quá sản niêm mạc và mô dưới niêm mạc cuốn mũi dưới. Đó là hậu quả của viêm mũi kéo dài, những cơn sung huyết tái diễn thường xuyên của cuốn mũi dưới [11].

Các giai đoạn viêm mũi mạn tính quá phát

- Giai đoạn đầu: chỉ có tổ chức cương bị giãn, cuốn mũi sung, niêm mạc đỏ. Dùng thuốc co mạch thì cuốn mũi co nhỏ lại.

- Giai đoạn sau: niêm mạc và tổ chức dưới niêm mạc phát triển mạnh làm cả lớp nông và sâu của cuốn mũi bị xơ hóa, các tuyến nhầy nở to, niêm mạc trở nên xám nhạt. Dùng thuốc co mạch thì cuốn mũi không còn co lại hay co lại rất ít.

1.1.2 Triệu chứng lâm sàng

*** Ngạt mũi**

Tắc nghẽn mũi hoặc nghẹt mũi là một triệu chứng nổi bật của viêm mũi mãn tính, thường là do viêm và sưng đường mũi. Triệu chứng này thường được báo cáo ở cả dạng viêm mũi dị ứng và không dị ứng và có thể dẫn đến khó thở và rối loạn giấc ngủ

Ngạt mũi có thể gặp ở một hoặc hai hốc mũi, có thể thay đổi từng lúc, từng thời kỳ, có thể chỉ ở mức độ nhẹ gây

*Tác giả liên hệ
Email: taimuihong789@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 915251325 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6399

khó chịu nhưng cũng có thể tới mức độ nặng gây thiếu oxy, ngạt thở (chủ yếu ở hài nhi), có thể đơn thuần nhưng thường kèm theo đau vùng mặt, chảy mũi, giảm ngửi, hắt hơi...[3]

Thang điểm đánh giá ngạt mũi NOSE [5]

Triệu chứng	Không ảnh hưởng	Rất ít	Trung bình	Rất nhiều	Nghiêm trọng
Ngạt mũi hay thiếu cảm giác thông khí	0	1	2	3	4
Tắc nghẹt mũi hoàn toàn	0	1	2	3	4
Khó thở bằng mũi	0	1	2	3	4
Khó thở khi ngủ	0	1	2	3	4
Khó khăn bằng mũi khi thở hoặc gắng sức	0	1	2	3	4

Điểm triệu chứng của BN là tổng điểm thu được. Điểm NOSE được xác định bằng cách lấy điểm triệu chứng của BN nhân với 5; 0 điểm là không nghẹt mũi và 100 điểm là nghẹt mũi hoàn toàn [9]

*** Các triệu chứng kèm theo**

- Nghẹt mũi
- Chảy nước mũi
- Mất mùi, giảm khứu
- Nhức đầu
- Đàm vướng họng, khô họng
- Dị ứng mũi: hắt hơi, sổ mũi, ngứa mũi

1.1.3. Khám thực thể

*** Khám mũi**

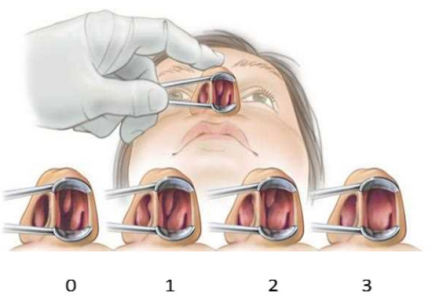
Giai đoạn đầu thấy niêm mạc đỏ nhẵn, cuốn mũi dưới phình to đến sát vách ngăn và che lấp phần sau của vách ngăn. Tiết nhầy ứ đọng ở sàn mũi.

- Giai đoạn hai là lúc quá phát tổ chức liên kết, cuốn mũi không co lại nữa. Niêm mạc không còn đỏ nữa mà lại xám nhạt và gồ ghề. Vùng thường hay bị quá phát là bờ dưới cuốn dưới.

- Soi mũi sau thấy đuôi cuốn dưới quá phát

Phân độ quá phát theo Friedman [1]

Độ 1	: lớn nhẹ không nhìn thấy bít tắc +
Độ 2	: giữa độ 1 và độ 3
Độ 3	: quá phát bít hốc mũi



Hình 1. Phân độ quá phát cuốn mũi [1].

*** Gương mũi**

Là phương pháp đã được sử dụng rất lâu. Người ta sử dụng một đĩa kim loại đánh bóng để ngay dưới mũi bệnh nhân. Bệnh nhân ngậm miệng và thở bình thường qua mũi, hơi nước trong khí thở ra sẽ ngưng tụ trên mặt gương lạnh tạo nên các vòng ngưng tụ hình bầu dục phía trước mỗi cửa mũi, vòng càng lớn thì lượng khí càng nhiều, phương pháp này chỉ đánh giá được thì thở ra.

Gồm 12 vòng chiều đứng và 16 vòng chiều ngang, mỗi vòng có kích thước 1 cm.

- Thở quá thông - vệt mờ gương: ≥ 9 cm
- Thở thông bình thường - vệt mờ gương: ≥ 6 → 9 cm
- Nghẹt nhẹ - vệt mờ gương: ≥ 3 → 6 cm
- Nghẹt nặng - vệt mờ gương: < 3 cm

1.2. Điều trị chỉnh hình cuốn mũi dưới/ chỉnh hình bán phần CMD

Là phương pháp cắt bỏ khối xương và niêm mạc mặt ngoài cuốn mũi dưới từ đầu đến đuôi cuốn mũi, sau đó vạt niêm mạc trong còn lại của CMD sẽ tự co lên trong quá trình lành thương sẽ tạo nên một cuốn mũi mới nhỏ hơn.

Chỉnh hình bán phần cuốn mũi dưới là phương pháp phẫu thuật mang lại nhiều ưu điểm trong điều trị viêm mũi mạn tính quá phát. Ưu điểm nổi bật của kỹ thuật này là khả năng giảm hiệu quả tình trạng nghẹt mũi thông qua việc làm nhỏ thể tích cuốn mũi quá phát, đồng thời bảo tồn tối đa lớp niêm mạc mũi, qua đó duy trì các chức năng sinh lý quan trọng như làm ấm, làm ẩm và lọc không khí hít vào. So với các phương pháp cắt cuốn mũi cổ điển, chỉnh hình bán phần giúp giảm chảy máu, giảm đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh và hạn chế rõ rệt các biến chứng muộn như khô mũi kéo dài, đóng vảy nhiều hoặc hội chứng mũi trống. Ngoài ra, kỹ thuật này có thể thực hiện đơn thuần hoặc phối hợp với các phương pháp ít xâm lấn khác như sóng cao tần, siêu âm hoặc microdebrider, giúp cá thể hóa điều trị theo đặc điểm tổn thương của từng người bệnh.

Bên cạnh những ưu điểm, chỉnh hình bán phần cuốn mũi dưới vẫn tồn tại một số nhược điểm. Hiệu quả của phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào nguyên nhân và mức độ quá phát cuốn mũi, đặc biệt ở những trường hợp viêm mũi dị ứng chưa được kiểm soát tốt, nguy cơ tái phát quá phát cuốn mũi vẫn có thể xảy ra theo thời gian. Trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật, người bệnh có thể gặp tình trạng phù nề niêm mạc, nghẹt mũi tạm thời, chảy máu nhẹ hoặc đóng vảy mũi, tuy nhiên đa số các triệu chứng này mang tính thoáng qua. Ngoài ra, kỹ thuật đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm để đảm bảo lấy mô vừa đủ và bảo tồn niêm mạc tối ưu; nếu thao tác không phù hợp có thể làm tăng nguy cơ dính mũi hoặc tổn thương niêm mạc. Một số trường hợp cuốn mũi quá phát chủ yếu do cấu trúc xương dày có thể cần phối hợp thêm các phương pháp khác để đạt hiệu quả điều trị tối ưu.

Các hình thức chỉnh hình bán phần cuốn mũi dưới

Tùy mức độ và cấu trúc quá phát, chỉnh hình CMD có thể thực hiện bằng một hoặc phối hợp các kỹ thuật sau:

- Chỉnh hình CMD dưới niêm mạc
- Rạch niêm mạc nhỏ
- Lấy bớt mô liên kết, mô mạch và/hoặc xương cuốn dưới
- Niêm mạc được đặt lại vị trí ban đầu phù hợp với cuốn mũi quá phát cả mô mềm và xương
- Chỉnh hình CMD bằng năng lượng (ít xâm lấn)
  + Sóng cao tần (radiofrequency)
  + Siêu âm
  + Laser (ít dùng hơn hiện nay)

→ Tác động chủ yếu vào mô dưới niêm mạc, phù hợp cuốn mũi quá phát do mô mạch máu

Tác giả Quản Thành Nam (2024) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn dưới ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn mũi dưới cho kết quả: Độ tuổi trung bình 39,3 ± 6,4; 100% bệnh nhân có triệu chứng tắc ngạt mũi; cuốn mũi dưới 2 bên quá phát độ II là chủ yếu, sau đó đến độ III; phẫu thuật chỉnh hình cuốn 2 bên (chiếm 79,5%) và 20,5% phẫu thuật 1 bên. Tỷ lệ phần trăm trung bình điểm NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation) trước phẫu thuật 85,6, sau phẫu thuật 1 tháng 29,7 và sau 3 tháng là 13,8; điểm VAS (Visual analogue scale) trước phẫu thuật là 81,6, sau phẫu thuật 1 tháng 42,2 và sau 3 tháng là 20,2. Sự thay đổi của 2 thang điểm có ý nghĩa thống kê với p<0,001 [2].

Theo Nguyễn Văn Trường (2025) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn dưới bằng phương pháp tạo hình vạt trong điều trị viêm mũi quá phát cuốn dưới. Thời gian phẫu thuật trung bình 14,8± 2,30 phút; ít đau; ít chảy máu; ít tạo vẩy mũi sau mổ. 56,25% cải thiện ngạt mũi ngay từ tuần đầu sau mổ; 70,6% cải thiện sau 1 tháng và 91,6% sau 3 tháng với điểm NOSE giảm có ý nghĩa thống kê (66,8 so với 36,2; P <0,0001) và duy trì đến sau mổ 1 tháng và 3 tháng (P < 0,0001). Các triệu chứng đi kèm với nghẹt mũi: chảy mũi, hắt hơi, khô họng, mất mùi, nhức đầu đều giảm có ý nghĩa thống kê về tần suất lẫn mức độ (P<0,05). Chỉ số Glatzel trung bình sau mổ là 6,93 ± 0,78cm, trong đó thấp nhất là 5cm, cao nhất là 8cm. Có 41/48 BN chiếm tỷ lệ 81,66% hết ngạt sau phẫu thuật [4].

Các tác giả đã thực hiện một nghiên cứu tiến cứu, ngẫu nhiên trên 108 bệnh nhân đến khám tại khoa Tai Mũi Họng của bệnh viện đại học để phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi và cuốn mũi. Cho thấy trước phẫu thuật, hai nhóm bệnh nhân có các triệu chứng và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe khá tương đồng, và chiều rộng phía trước của cuốn mũi dưới cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa bên đối diện và bên bị lệch nhưng không có sự khác biệt ở phần phía sau. Sự khác biệt đáng kể (p <0,05) được ghi nhận đối với điểm số triệu chứng được cải thiện sau phẫu thuật trên thang đo tương tự trực quan (VAS), hiệu quả phẫu thuật chỉnh vách ngăn mũi (NOSE) và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe tốt hơn. Bài kiểm tra kết quả xoang mũi-22 (SNOT-22)] ở tất cả các nhóm bệnh nhân. Ngoài ra, điểm số NOSE và SNOT-22 ở nhóm 2 có sự cải thiện đáng kể hơn so với nhóm 1 (p <0,05) [7].

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 35 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn dưới theo phương pháp bảo tồn niêm mạc từ tháng 05/2022 đến tháng 05/2026

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Các BN được chẩn đoán quá phát mạn tính có chỉ định phẫu thuật(PT)

+ Bệnh nhân(BN) được PT chỉnh hình cuốn dưới bảo tồn niêm mạc.

+ BN được theo dõi và khám lại sau PT khi ra viện, 4, 8 và 12 tuần sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều đến đúng hẹn khám lại. Nội soi đánh giá mức độ quá phát, làm các xét nghiệm đầy đủ

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ: Viêm mũi dị ứng; viêm mũi xoang mạn tính; polyp mũi; lệch vách ngăn nặng hoặc bất thường cấu trúc khác là nguyên nhân chính gây nghẹt mũi; bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật; hồ sơ thiếu thông tin cần thiết hoặc không có dữ liệu theo dõi tại các mốc phân tích.

Trong nghiên cứu, viêm mũi mạn tính quá phát được xác định khi triệu chứng mũi kéo dài ít nhất 12 tuần, nghẹt mũi là biểu hiện chính và nội soi ghi nhận quá phát cuốn mũi dưới. Độ 2 được xác định khi cuốn mũi quá phát mức trung gian, gây hẹp một phần hốc mũi; độ 3 khi cuốn mũi quá phát rõ, gây bít đáng kể hốc mũi.

2.2 Thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 05/2022 đến tháng 05/2026.

2.3 Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện 19-8 Bộ Công An

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh

2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới

- Đánh giá lâm sàng các triệu chứng, phân độ phì đại cuốn mũi theo nội soi

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật,biến chứng, kết quả phẫu thuật

- Một số chỉ số theo dõi

+ Chảy máu sau mổ: là tình trạng bệnh nhân bị xuất huyết từ vùng cuốn dưới hoặc hốc mũi sau khi đã kết thúc phẫu thuật và rút dụng cụ, xảy ra:

++ Không

++ Nhẹ: Rỉ máu ít, tự cầm

++ Vừa: Chảy máu cần đặt bấc

++ Nặng: Không kiểm soát bằng bấc, mất máu nhiều.

+ Phù nề sau phẫu thuật: là tình trạng niêm mạc cuốn mũi dưới sưng nề rõ sau phẫu thuật, được xác định qua khám và nội soi mũi, làm hẹp lòng hốc mũi và/hoặc làm tăng triệu chứng nghẹt mũi so với mức phù nề sinh lý thường gặp sau mổ.

+ Vảy mũi: sự hiện diện của các mảng dịch tiết và/hoặc máu khô bám trên niêm mạc hốc mũi hoặc cuốn mũi dưới, được xác định bằng khám nội soi mũi sau phẫu thuật.

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật đánh giá theo tiêu chí

Tiêu chí	Tốt	Trung bình/khá	Kém
VAS	Giảm ≥ 50%	Giảm 25–50%	Giảm < 25%
NOSE	Giảm ≥ 50%	Giảm 25–50%	Giảm < 25%
Nội soi	Cuốn nhỏ, khe thông thoáng; không phù nề	Cuốn giảm vừa; còn phù/vảy	Cuốn vẫn phì đại, khe hẹp
Dính	Không	Nhẹ	Vừa–nặng
Biến chứng	Không hoặc rất nhẹ	Nhẹ	Vừa–nặng

Bệnh nhân được khám trước khi ra viện và hẹn tái khám sau 4, 8 và 12 tuần. Trong nghiên cứu này tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi đúng thời gian

2.6. Quy trình nghiên cứu

Đối với các bệnh nhân hồi cứu: Sẽ thu thập đầy đủ các bệnh án đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

- Bước 1: Các bệnh nhân đến khám

+ Hỏi tiền sử

+ Khám lâm sàng: nội soi chẩn đoán

+ Làm các xét nghiệm đầy đủ

+ Đánh giá thang điểm VAS, NOSE, Glatzel

- Bước 2: Các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật và làm phẫu thuật nội soi chỉnh hình

Quy trình phẫu thuật:

- Tiêm tê dưới niêm mạc bằng Epicain (lidocain 1% và epinephrine 1:100000) vào đầu cuốn dưới và kéo dài mặt dưới của cuốn.

- Rạch niêm mạc mặt ngoài cuốn dưới từ sau ra trước bằng dao 11

- Dùng bay cottle elevator bóc tách niêm mạc, bộc lộ toàn bộ xương cuốn dưới.

- Dùng kìm đột và pince lấy toàn bộ xương cuốn dưới.

- Đặt lại niêm mạc cuốn dưới.

- Đặt merocel mũi.

Phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới kết hợp chỉnh hình vách ngăn: Thực hiện chỉnh hình vách ngăn trước chỉnh hình cuốn dưới

Ghi nhận các thông số trong PT

- Thời gian PT.

- Các tai biến trong PT.

- Bước 3: Bệnh nhân phẫu thuật xong được theo dõi tại khoa

+ Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật

+ Khám lại trước khi ra viện

+ Cho đơn ra viện gồm kháng sinh, chống viêm, bình rửa mũi xoang, nước muối xịt mũi, corticoid xịt mũi.

- Bước 4: Các bệnh nhân được khám lại theo hẹn

+ Đánh giá khi trước phẫu thuật, 4 tuần, 8 tuần sau phẫu thuật theo VAS

2.7. Phương tiện phục vụ nghiên cứu

Mẫu bệnh án nghiên cứu, huyết áp kế đồng hồ, ống nghe Nhật Bản, bộ dụng cụ khám nội soi Karl-storz của Đức gồm: Dây sáng, màn hình, nguồn sáng, optic có đường kính 4mm, 2,7mm loại 0 độ, gương Glatze, dụng cụ phẫu thuật: Blackesley thẳng, bay bóc tách, dao- lưỡi dao 11, bipolar....

2.8. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 và các thuật toán phù hợp

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Tuổi trung bình: 29,27± 6,15 tuổi (18-42)

Giới nam/ nữ: 24/11

3.2. Triệu chứng lâm sàng và nội soi

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng và nội soi

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ
Lâm sàng	Tắc nghẹt mũi	31	88,6
	Chảy mũi	27	77,1
	Đau đầu	24	68,6
	Mất mùi	22	62,9
	Ngứa mũi	25	71,4
Phân độ	Độ 2	10	28,6
	Độ 3	25	71,4

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là tắc nghẹt mũi, chiếm 88,6%, tiếp theo là chảy mũi (77,1%), ngứa mũi (71,4%), đau đầu (68,6%) và mất mùi (62,9%). Như vậy, phần lớn bệnh nhân vào viện với các biểu hiện cơ năng khá rõ rệt, trong đó nổi bật là tình trạng cản trở thông khí mũi. Về phân độ tổn thương, độ 3 chiếm ưu thế với 71,4%, cao hơn rõ rệt so với độ 2 (28,6%), cho thấy đa số trường hợp trong nghiên cứu ở mức độ nặng hơn.

Bảng 3. Phẫu thuật nội soi

		Bên trái (n=21)		Bên phải (n=14)		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Thời gian	< 10 phút	2	9,5	1	7,1	3	8,6
	10-15 phút	10	47,6	8	51,7	18	51,4
	> 15 phút	9	42,9	5	35,7	14	40
Trung bình Min- Max		15,71±4,70 (9-25)		15,07±3,47 (10-22)		15,45±4,21 (9-25)	
Kết quả	Tốt	20	95,2	13	92,9	33	94,4
	Trung bình	1	4,8	1	7,1	2	5,6
Biến chứng	Phù nề	1	4,8	0	0	1	2,8
	Vảy mũi	0	0	1	7,1	1	2,8
	Chảy máu	1	4,8	1	7,1	2	5,8

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật chủ yếu tập trung trong khoảng 10–15 phút, chiếm 51,4%; thời gian trên 15 phút chiếm 40%, trong khi dưới 10 phút chỉ gặp ở 8,6% trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình chung là 15,45 ± 4,21 phút, dao động từ 9 đến 25 phút, tương đối tương đồng giữa hai bên phẫu thuật. Kết quả điều trị chủ yếu là tốt với tỷ lệ 94,4%, chỉ có 5,6% trường hợp đạt kết quả trung bình. Biến chứng sau phẫu thuật ít gặp, trong đó chảy máu là biến chứng gặp nhiều nhất (5,8%), còn phù nề và vảy mũi đều chiếm tỷ lệ thấp (2,8%).

Bảng 3. Điểm VAS trước và sau phẫu thuật

Thang điểm VAS	Trước phẫu thuật		Sau 4 tuần		Sau 8 tuần	
	n	%	n	%	n	%
Không	4	11,4	8	19	33	94,3
Ngạt nhẹ	3	8,6	19	54,3	2	5,7
Ngạt vừa	14	40	6	17,1	0	0
Ngạt nặng	14	40	2	5,7	0	0

Nhận xét: Trước phẫu thuật, phần lớn bệnh nhân có mức độ ngạt mũi vừa và nặng, mỗi mức chiếm 40%, trong khi tỷ lệ không ngạt và ngạt nhẹ còn thấp. Sau 4 tuần, tình trạng ngạt mũi cải thiện rõ rệt, biểu hiện ở việc tỷ lệ ngạt nhẹ tăng lên 54,3%, còn ngạt nặng giảm xuống chỉ còn 5,7%. Đến sau 8 tuần, đa số bệnh nhân không còn ngạt mũi (94,3%), chỉ còn 5,7% ngạt nhẹ và không còn trường hợp ngạt vừa hoặc ngạt nặng, cho thấy hiệu quả cải thiện triệu chứng rất rõ sau phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tắc nghẹt mũi là triệu chứng lâm sàng nổi bật nhất, chiếm 86,6%, tiếp theo là chảy mũi (77,1%), ngứa mũi (71,4%), đau đầu (68,6%) và mất mùi (62,9%). Đồng thời, độ 3 chiếm ưu thế với 71,4%, cao hơn rõ rệt so với độ 2 (28,6%). Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân đến viện khi tình trạng quá phát cuốn mũi đã ở mức độ khá rõ, biểu hiện chủ yếu

bằng cản trở thông khí mũi kèm theo các triệu chứng cơ năng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt.

Kết quả trên phù hợp với đặc điểm bệnh sinh của quá phát cuốn mũi dưới, trong đó nghẹt mũi/tắc mũi là triệu chứng thường gặp nhất do tăng thể tích niêm mạc và cản trở luồng khí qua hốc mũi. Tỷ lệ chảy mũi, ngứa mũi và mất mùi khá cao trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với y văn. Nghiên cứu của Assanasen và cộng sự trên bệnh nhân viêm mũi mạn có quá phát cuốn mũi dưới cho thấy các triệu chứng cơ năng nghẹt mũi, chảy mũi, ngứa mũi đều hiện diện và đều giảm có ý nghĩa sau can thiệp phẫu thuật [1].

Về phân độ, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ 3 chiếm 71,4%, cho thấy đa số bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật khi cuốn mũi đã quá phát nhiều. Điều này khá phù hợp với nghiên cứu của Assanasen và cộng sự, trong đó đối tượng can thiệp chủ yếu là các trường hợp grades II–III theo thang Friedman sau khi điều trị nội khoa thất bại[1]. Như vậy, xu hướng bệnh nhân đến phẫu thuật thường tập trung ở nhóm quá phát mức độ vừa đến nặng là tương đồng giữa các nghiên cứu.

Triệu chứng đau đầu chiếm 68,6% trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có thể được giải thích bởi tình trạng cản trở thông khí mũi kéo dài, rối loạn dẫn lưu hốc mũi và kích thích niêm mạc mũi xoang. Một số tài liệu về viêm mũi dị ứng và bệnh lý mũi mạn tính cũng ghi nhận ngoài nghẹt mũi, người bệnh có thể có đau đầu, ngứa mũi và giảm ngửi [6].

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn ở điểm nghẹt mũi là triệu chứng nổi bật nhất, các triệu chứng đi kèm như chảy mũi, ngứa mũi, đau đầu, mất mùi gặp với tỷ lệ khá cao, và phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm quá phát cuốn mũi độ 3 khi được chỉ định phẫu thuật. Điều này cho thấy chỉ định can thiệp thường đặt ra ở giai đoạn bệnh đã ảnh hưởng rõ đến chức năng mũi và chất lượng sống của người bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 15,45 ± 4,21 phút, dao động từ 9 đến 25 phút, trong đó chủ yếu tập trung ở nhóm 10–15 phút (51,4%). Thời gian phẫu thuật giữa hai bên tương đối tương đồng, không có chênh lệch lớn. Điều này cho thấy kỹ thuật can thiệp nhìn chung được thực hiện trong thời gian ngắn, thao tác tương đối thuận lợi và phù hợp với đặc điểm của phẫu thuật cuốn mũi bằng nội soi ở các trường hợp quá phát cuốn mũi mức độ vừa đến nặng.

Kết quả trên phù hợp với y văn khi nhiều tác giả nhận định các kỹ thuật bảo tồn niêm mạc như radiofrequency, microdebrider-assisted turbinoplasty hay các thủ thuật giảm thể tích cuốn mũi thường có thời gian mổ ngắn hơn so với các phương pháp cắt bỏ rộng, đồng thời vẫn đảm bảo hiệu quả cải thiện triệu chứng. Tổng quan hệ thống năm 2022 cho thấy microdebrider không làm kéo dài thời gian mổ đáng kể so với các kỹ thuật khác, trong khi nghiên cứu so sánh SMR với radiofrequency cũng nhấn mạnh radiofrequency có ưu điểm là thủ thuật ngắn và ít cần can thiệp bổ sung như nhét mũi [3].

Về kết quả điều trị, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 94,4% trường hợp đạt kết quả tốt, chỉ có 5,6% ở mức trung bình. Tỷ lệ này cho thấy hiệu quả điều trị cao, phù hợp với xu hướng chung của các nghiên cứu về phẫu thuật giảm thể tích cuốn mũi, trong đó đa số bệnh nhân cải thiện rõ triệu chứng nghẹt mũi và chất lượng sống sau can thiệp. Các nghiên cứu về radiofrequency volumetric reduction và các phương pháp phẫu thuật cuốn mũi khác đều cho thấy triệu chứng tắc nghẹt mũi cải thiện đáng kể sau mổ và duy trì trong theo dõi trung hạn hoặc dài hạn.

Biến chứng sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi ít gặp, chỉ có 4 trường hợp, gồm 1 phù nề, 1 vảy mũi và 2 chảy máu nhẹ. Chảy máu nhẹ là biến chứng gặp nhiều nhất nhưng tỷ lệ vẫn thấp. Kết quả này tương đối phù hợp với y văn, trong đó các biến chứng sau phẫu thuật cuốn mũi thường gặp nhất là chảy máu và đóng vảy, nhưng đa số ở mức độ nhẹ và giảm dần theo thời gian. Một số nghiên cứu ghi nhận crusting xuất hiện trong giai đoạn sớm sau mổ, sau đó giảm rõ ở các lần tái khám sau; đồng thời chảy máu sau mổ ở các kỹ thuật ít xâm lấn thường không nhiều [4]. Như vậy, kết quả của chúng tôi củng cố nhận định rằng phẫu thuật nội soi điều trị quá phát cuốn mũi là phương pháp an toàn, hiệu quả, thời gian mổ ngắn và ít biến chứng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trước phẫu thuật, tình trạng ngạt mũi chủ yếu ở mức vừa và nặng (mỗi mức 40%), trong khi tỷ lệ bệnh nhân không ngạt và ngạt nhẹ còn thấp. Sau phẫu thuật 4 tuần, mức độ ngạt mũi đã cải thiện rõ, biểu hiện bằng việc tỷ lệ ngạt nhẹ tăng lên 54,3% và ngạt nặng giảm còn 5,7%. Đến thời điểm 8 tuần, 94,3% bệnh nhân không còn ngạt mũi, chỉ còn 5,7% ngạt nhẹ, và không còn trường hợp ngạt vừa hay ngạt nặng. Kết quả này cho thấy phẫu thuật có hiệu quả rõ rệt trong cải thiện triệu chứng tắc nghẹt mũi ngay từ giai đoạn sớm và hiệu quả tiếp tục tăng dần theo thời gian.

Kết quả trên phù hợp với cơ chế của phẫu thuật giảm thể tích cuốn mũi, trong đó việc làm giảm thể tích cuốn dưới giúp cải thiện thông khí mũi, từ đó làm giảm nhanh cảm giác ngạt mũi sau can thiệp. Nhiều nghiên cứu sử dụng VAS để đánh giá triệu chứng nghẹt mũi cũng ghi nhận điểm số giảm rõ sau phẫu thuật cuốn mũi, đặc biệt trong các tuần đầu và tiếp tục cải thiện ở các lần tái khám sau.

So sánh với nghiên cứu của Assanasen và cộng sự, các tác giả ghi nhận sau can thiệp RFITR, các triệu chứng chủ quan, trong đó có VAS nghẹt mũi, cải thiện rõ ở thời điểm theo dõi 6–10 tuần sau mổ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi mức độ ngạt mũi giảm mạnh sau 4 tuần và gần như hết sau 8 tuần.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới có bảo tồn niêm mạc là phương pháp điều trị hiệu quả đối với viêm mũi mạn quá phát, giúp cải thiện rõ các triệu chứng lâm sàng, đặc biệt là tắc nghẹt mũi. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có quá phát cuốn mũi độ 3, nhưng thời gian phẫu thuật tương đối ngắn và kết quả sau mổ chủ yếu đạt mức tốt. Biến chứng sau phẫu thuật ít gặp và chủ yếu ở mức độ nhẹ. Điểm VAS cải thiện rõ sau 4 tuần và đến 8 tuần hầu hết bệnh nhân không còn ngạt mũi. Kết quả này cho thấy phương pháp có tính an toàn cao, khả thi và mang lại hiệu quả điều trị tốt trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Huỳnh Thị Mỹ Hiền (2018), "Kết quả bước đầu điều trị quá phát cuốn mũi dưới ở trẻ em bằng coblation", Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh. 22(4), tr. 63-67.

[2] Quản Thành Nam (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", Y học cộng đồng. 65(2), tr. 87-94.

[3] Bộ y tế (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng".

[4] Nguyễn Văn Trường (2025), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn dưới bằng phương pháp tạo hình vạt trong điều trị viêm quá phát cuốn mũi dưới", Tạp chí Y học Việt Nam. 1(2), tr. 379-283.

[5] Nguyễn Anh Tuấn (2024), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và khí áp mũi của bệnh nhân vẹo tháp mũi sau chấn thương",

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC QUÂN SỰ. 8, tr. 173-181.

[6] K. S. Avdeeva, W. J. Fokkens và S. Reitsma (2021), "Towards a new epidemiological definition of chronic rhinitis: prevalence of nasal complaints in the general population", Rhinology. 59(3), tr. 258-266.

[7] N. Nguyen và các cộng sự. (2024), "A comparison of symptoms and quality of life between medial flap and coblation turbinator of inferior turbinate reduction in endoscopic septoturbinoplasty: an analysis of 108 cases", Ann Med Surg (Lond). 86(5), tr. 2486-2493.

[8] G. B. Patel và các cộng sự. (2020), "Current and Future Treatments of Rhinitis and Sinusitis", J Allergy Clin Immunol Pract. 8(5), tr. 1522-1531.

[9] M. G. Stewart và các cộng sự. (2004), "Development and validation of the Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale", Otolaryngol Head Neck Surg. 130(2), tr. 157-63.

[10] A. Tiotiu và các cộng sự. (2021), "Management of adult asthma and chronic rhinitis as one airway disease", Expert Rev Respir Med. 15(9), tr. 1135-1147.

[11] Kryukov Ivanovich, Galina Bondareva và Nguyen Thao (2020), "Allergic rhinitis complicated by hypertrophy of the mucous membrane of nasal turbinates in patients of Northern Vietnam", Biomedical Research and Therapy. 7, tr. 3813-3818.