

- cardiovascular risk factors in Indian patients undergoing coronary artery bypass surgery. J Assoc Physicians India 2006;54:371-5.
6. **Atsma F, Bartelink MLEL, Grobbee DE, Van Der Schouw YT.** Postmenopausal status and early menopause as independent risk factors for cardiovascular disease: A meta-analysis. Menopause. 2006;13(2):265-279.
 7. **D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, et al.** General cardiovascular risk profile for use in primary care: The Framingham heart study. Circulation. 2008;117(6):743-753.
 8. **Su HI, Freeman EW.** Hormone changes associated with the menopausal transition. Minerva Ginecol. 2009;61(6):483-489.

KẾT QUẢ KHẢO SÁT CẤU TRÚC CUỐN MŨI DƯỚI QUÁ PHÁT BÙ TRỪ BẰNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRƯỚC PHẪU THUẬT VÀ ĐỊNH HƯỚNG TRONG VIỆC CHỌN LỰA PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN LỆCH VÁCH NGĂN MŨI

Nguyễn Triều Việt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự thay đổi cấu trúc của cuốn mũi dưới khi có hiện tượng quá phát bù trừ liên quan đối bên với lệch vách ngăn mũi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu này được thực hiện trên 64 bệnh nhân bao gồm 34 nam và 30 nữ, mang lại các thông tin về cấu trúc giải phẫu của cuốn mũi dưới bao gồm cấu trúc xương cuốn, độ dày niêm mạc của cuốn mũi ở các phía bên dựa trên chụp cắt lớp vi tính tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 46.2±12, chiều rộng của cuốn mũi dưới được ghi nhận như sau: ở phần trước là 5.76 mm đối với nhóm chứng và tương ứng là 10.05 mm ở nhóm quá phát bù trừ, ở phần giữa và phần sau kết quả tương ứng của 02 nhóm là 5.68 mm so với 10.11 và 5.60 so với 10.25 mm. **Kết luận:** Khảo sát trên 64 trường hợp cho thấy việc đánh giá cấu trúc của cuốn mũi dưới qua các hình ảnh được ghi nhận trên CT scan mang lại nhiều hữu ích, có thể giúp đưa ra một tiếp cận thích hợp trong việc lập kế hoạch can thiệp phù hợp. **Từ khóa:** lệch vách ngăn mũi, quá phát bù trừ, cuốn mũi dưới

SUMMARY

IDENTIFYING THE COMPENSATORY HYPERTROPHY OF THE INFERIOR TURBINATE BY USING CT SCAN BEFORE DOING SURGERY AND THE ORIENTATION IN SELECTING SURGERY METHODS OF NASAL SEPTAL DEVIATION

Results of examining the compensatory hypertrophy of the inferior turbinate structure by preoperative computed tomography and guidance in choosing surgical methods in patients with deviated nasal septum. **Objective:** to investigate the structural

changes of the inferior turbinate when there is compensatory hypertrophy related to the opposite side of the nasal septum deviation. **Subjects and methods:** This study was conducted on 64 patients including 34 men and 30 women, providing information about the anatomical structure of the inferior turbinate including turbinate bone structure, mucosal thickness of the nasal turbinates on all sides based on computed tomography at Can Tho University of Medicine and Pharmacy hospital in 2023. **Results:** The average age in the study was 46.2±12 years old, the width of the inferior turbinates was recorded. as follows: in the anterior part it is 5.76 mm for the control group and correspondingly 10.05 mm in the compensatory hypertrophy group, in the middle and posterior part the corresponding results of the 02 groups are 5.68 mm compared to 10.1 and 5.60 compared to 10.01 mm. **Conclusion:** A survey of 64 cases shows that evaluating the structure of the inferior turbinate through images recorded on CT scan is very useful and can help provide an appropriate approach in planning. appropriate intervention plan.

Keywords: nasal septal deviation, compensatory hypertrophy, inferior turbinate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở những bệnh nhân bị nghẹt mũi và có phần trước vách ngăn lệch sang một bên, một phát hiện chung ghi nhận được là các mức độ quá phát hay phì đại của cuốn mũi dưới đồng thời hoặc bù trừ ở bên mũi đối diện với bên lệch vách ngăn lớn. Một mô tả chi tiết về xương cuốn mũi lần đầu tiên được đưa ra bởi Casserius (1609), người đã nhận ra rằng cuốn mũi dưới thường có ba mặt và bao gồm xương thật chứ không phải sụn [1], đã mô tả mối liên quan chung của lệch vách ngăn mũi và quá phát cuốn mũi dưới đối diện. Các cuốn mũi tồn tại như ba và đôi khi bốn phần quá phát hai bên tạo thành thành bên của khoang mũi. Khi hít vào có tới 2/3 sức cản đường hô hấp trên được tạo ra bởi đầu trước của cuốn mũi dưới ở vùng van mũi trong. Trong

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: ntviet@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 3.7.2024

một nghiên cứu gần đây về van mũi Haight & Cole (1983) đã xác nhận rằng "phần sức cản lớn hơn của mũi nằm ở mức của đầu trước của cuốn mũi dưới". [2]

Trong số ba cuốn mũi, cuốn mũi dưới dễ bị quá phát nhất. Các nghiên cứu ghi nhận quá phát cuốn mũi thường được quan sát thấy ở đối bên với bên vách ngăn bị lệch (quá phát bù trừ) và trong viêm mũi dị ứng hoặc vận mạch (Lai & Corey, 1983; Li và cộng sự, 1998).

Các cuộc điều tra dịch tễ học đã chỉ ra rằng có tới 20% dân số bị nghẹt mũi mạn tính do phì đại cuốn mũi dưới (Seeger và cộng sự, 2003) [8].

Việc quá phát niêm mạc cứng của cuốn mũi dưới làm tăng đáng kể sức cản đường thở ở mũi, góp phần đáng kể vào các triệu chứng tắc nghẽn đường mũi. Các bác sĩ Tai Mũi Họng cho rằng hầu hết sự quá phát của cuốn mũi dưới với các thành phần niêm mạc. Fairbanks (1984) cho rằng nó liên quan đến xương cũng như niêm mạc và ghi nhận rằng cuốn mũi dưới trở nên dày hơn xấp xỉ hơn và cong sâu hơn vào trong đường thở. Điều quan trọng cần lưu ý là xương cuốn mũi dưới dày hơn ở phía trước so với phía sau (Proetz, 1944). Một nghiên cứu mô học của (Berger et al., 2000) cho thấy thành phần thường bị phình to nhất của cuốn mũi dưới đối bên trong lệch vách ngăn là cuốn dạng xương.[1]

Các tác giả cho rằng những thay đổi này không có thể đảo ngược một cách tự nhiên và cần được điều chỉnh trong kết hợp với phẫu thuật vách ngăn mũi, có thể làm giảm tắc nghẽn một bên mũi nhưng vẫn để lại bên còn lại hoạt động bình thường.

Mũi bên không có lệch vách ngăn bị tắc nghẽn do tái định vị vách ngăn về phía quá phát bù trừ cuốn mũi dưới. Một số tác giả khác cũng đã đề nghị phẫu thuật đồng thời trên cuốn mũi dưới phì đại bù trừ trong phẫu thuật tạo hình vách ngăn được khuyến khích. Hiện tại, nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá đầu tiên tại Việt Nam liên quan các kích thước và thành phần của phì đại cuốn mũi dưới được xác định bằng chụp cắt lớp vi tính (CT). Việc cung cấp các dữ liệu có thể giúp bác sĩ tai mũi họng xác định xem có nên thực hiện thêm việc thu gọn cuốn mũi dưới vào quy trình tạo hình vách ngăn tiêu chuẩn hay không. Nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu sau:

1. Khảo sát kích thước cuốn mũi dưới ở vị trí 1/3 trước, 1/3 giữa và 1/3 sau
2. Khảo sát độ dày xương cuốn dưới, và độ dày của niêm mạc của cuốn dưới ở các vị trí khác nhau.

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 64 bệnh nhân được chọn từ thăm khám tai mũi họng thường quy với lệch vách ngăn và quá phát cuốn mũi dưới ở khoang mũi bên đối diện với bên lệch vách ngăn.

Cuốn mũi dưới ở phía đối diện bên lệch vách ngăn được đưa vào nhóm nghiên cứu và những cuốn mũi dưới ở bên vách ngăn lệch là nhóm chứng. Trước khi chụp cắt lớp vi tính xịt mũi với naphazolin 0,05%, các xoang cạnh mũi được thực hiện chụp liên tục từ trước ra sau với các lát cắt có độ dày 1 mm trong mặt phẳng coronal. Chiều dài trước sau của phì đại và cong vẹo mũi đối chứng được tính bằng cách nhân số lát cắt với độ dày lát cắt. Bằng cách chia tổng chiều dài cho ba, chiều dài phần trước, giữa và sau của cuốn mũi đã được xác định. Vị trí dày nhất ở mỗi phần của cuốn mũi đã được chọn để đo. Đo đặc độ dày của niêm mạc trong, xương, niêm mạc bên được chụp riêng biệt ở mặt trước, giữa và sau các phần của lỗ mũi dưới ở vị trí vuông góc với bề mặt niêm mạc ở cả hai phần mũi dưới bị phì đại cuốn và nhóm điều khiển với sự trợ giúp của con trỏ trên màn hình chụp cắt lớp vi tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này được thực hiện trên 64 bệnh nhân bao gồm 34 nam và 30 nữ với độ tuổi trung bình là 46.2±12.

Bảng 1: Kích thước cuốn dưới (mm)

Kích thước (mm)	Phần trước	Phần giữa	Phần sau
Cuốn mũi dưới bên đối chứng	5.76	5.68	5.60
Cuốn mũi dưới bên quá phát bù trừ	10.05	10.1	10.01

Nhận xét: Kích thước cuốn mũi dưới ở nhóm quá phát to hơn nhóm chứng rõ rệt

Bảng 2. Độ dày niêm mạc phía giữa và phía bên của cuốn mũi giữa

Kích thước (mm)	Niêm mạc phía giữa			Niêm mạc phía bên		
	Phần trước	Phần giữa	Phần sau	Phần trước	Phần giữa	Phần sau
Cuốn mũi dưới bên đối chứng	3.36	3.36	3.40	1.27	1.29	1.24
Cuốn mũi dưới bên quá phát bù trừ	5.12	5.17	5.33	1.27	3.03	3.23

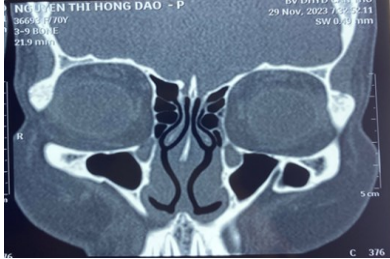
Nhận xét: Độ dày của niêm mạc nhóm quá phát nhiều hơn hẳn nhóm chứng

Bảng 3. Độ dày xương cuốn dưới

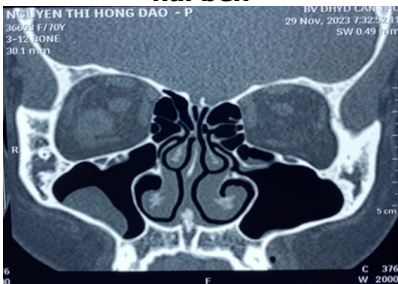
Kích thước (mm)	Phần trước	Phần giữa	Phần sau
Cuốn mũi dưới bên đối chứng	1.0	0.99	0.96

Cuốn mũi dưới bên quá phát bù trừ	1.81	1.80	1.72
-----------------------------------	------	------	------

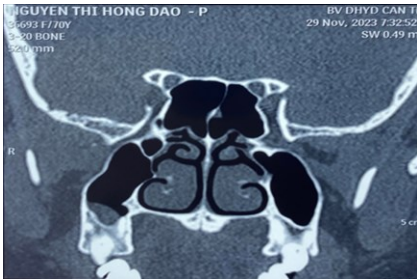
Nhận xét: Phần xương cuốn nhóm quá phát to hơn hẳn nhóm chứng



Hình 1: Minh họa 1/3 trước cuốn mũi dưới hai bên



Hình 2: Minh họa 1/3 giữa cuốn mũi dưới hai bên



Hình 3: Minh họa 1/3 sau cuốn mũi dưới hai bên

IV. BÀN LUẬN

Về mặt mô học, cuốn mũi dưới được cấu tạo gồm ba lớp: lớp niêm mạc trong và ngoài và một lớp xương trung tâm giữa chúng. Lớp giữa là dày hơn đáng kể so với lớp bên. Điều quan trọng cần lưu ý là xương cuốn mũi dày hơn phía trước hơn phía sau. Van mũi trong chiếm 50% tổng sức cản đường thở [4]. Chính trong khu vực này cuốn mũi dưới có thể phát huy vai trò tối đa của nó đối với sức cản đường thở qua mũi. Tác nhân giải phẫu gây tắc nghẽn mũi bao gồm các vấn đề liên quan cuốn mũi dưới, vách ngăn và van mũi. Độ lệch vách ngăn có thể dẫn đến tắc nghẽn ở mũi thông quá quá phát bù trừ của cuốn mũi dưới đối bên. Nguyên nhân gây ra việc quá phát này không hoàn toàn rõ ràng, nhưng nó có thể dẫn đến tắc nghẽn mũi khi chu kỳ mũi gây ra sự

căng cứng của cuốn mũi quá phát. Một nghiên cứu mô học của Berger et al.[5] cho thấy rằng phổ biến nhất thành phần phì đại của cuốn mũi dưới đối bên khi lệch vách ngăn là cuốn dạng xương. Việc này gợi ý rằng sưng niêm mạc không phải là nguyên nhân duy nhất tắc nghẽn mũi ở những bệnh nhân này. Phi đại cuốn mũi dưới là nguyên nhân thường gặp gây nên đường thông khí qua mũi bị cản trở. Các cuộc điều tra dịch tễ học đã chỉ ra rằng có tới 20% dân số bị nghẹt mũi mạn tính là do phì đại cuốn mũi. Triệu chứng của mũi tắc nghẽn có thể tồn tại mặc dù đã điều trị bằng thuốc tích cực và đầy đủ. Vì vậy, các phương thức phẫu thuật làm giảm kích thước của cuốn mũi dưới không chỉ có thể cải thiện các triệu chứng, mà còn có thể tăng cường khả năng kiểm soát bệnh viêm mũi bằng thuốc.[6,7]

Các phương thức có thể được phân loại như nguyên nhân do xương cuốn gây nghẹt mũi và những nguyên nhân liên quan đến chất nhầy và phù nề dưới niêm mạc. Các nghiên cứu báo cáo rằng phẫu thuật vách ngăn sẽ giúp giảm nghẹt mũi tắc nghẽn ở 71% -80% bệnh nhân [8]. Hiện tượng này đã được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây cho thấy bệnh nhân trải qua phẫu thuật tạo hình vách ngăn mà không phẫu thuật tạo hình cuốn mũi không có lợi ích gì từ phẫu thuật vì di chuyển vách ngăn về phía đường giữa và xa hơn giảm độ thông thoáng của đường thở ở mũi ở bên đối diện. Đây luôn luôn là một chủ đề tranh luận về việc có nên thêm chỉnh hình cuốn mũi vào quy trình tiêu chuẩn của phẫu thuật tạo hình vách ngăn và liệu có nên thực hiện phẫu thuật tạo hình mũi, sau đó thực hiện phẫu thuật gì, tức là nên giảm thành phần niêm mạc hay giảm thành phần xương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi dựa trên chụp cắt lớp vi tính các xoang cạnh mũi ghi nhận được phần giữa của cuốn mũi dưới trải qua quá trình phì đại tối đa, tiếp theo là phần trước và phần sau ít bị phì đại nhất. Giá trị trung bình của phần giữa của cuốn mũi dưới là 5.68 mm đối với nhóm đối chứng và 10.1 mm đối với cuốn mũi phì đại so với 5.76 và 5.60 mm ở phần trước và sau của xương hàm dưới cuốn mũi ở nhóm đối chứng và 10.05 và 10.01 mm đối với phần trước và sau của cuốn mũi dưới nhóm quá phát. Ngoài ra trong cả ba thành phần của cuốn mũi dưới, niêm mạc ở phía giữa trải qua quá trình phì đại tối đa so với xương và niêm mạc phía bên. Độ dày trung bình của niêm mạc phía giữa là 5,12 mm, 5,17 mm và 5,33 mm ở phía trước, giữa và phần sau của cuốn mũi dưới so với độ dày của niêm mạc phía bên và xương là 1,27 mm, 3,03 mm và 3,23 và 1,81 mm, 1,80 mm và 1,72 mm

phần trước, phần giữa và phần sau của xương dưới cuốn mũi. Qua nghiên cứu này ghi nhận trên cơ sở thống kê đã tính toán giá trị 'p' là có ý nghĩa, tức là nó < 0,05 trong nhóm quá phát có nghĩa là chắc chắn có sự khác biệt về độ dày của cuốn mũi đối chứng và cuốn mũi quá phát bù trừ và cho thấy rằng cuốn mũi bên đối diện bị quá phát bù trừ đối diện với bên lệch vách ngăn trước. Bên cạnh đó, nghiên cứu này cũng cho thấy rằng xương quá phát phía trước nhiều hơn phía sau. Các độ dày xương ở nhóm quá phát đạt tối đa ở phần trước của cuốn mũi dưới tức là 1,81 mm so với 1,80 và 1,72 ở giữa và sau một phần của cuốn mũi dưới.

V. KẾT LUẬN

1. Niêm mạc phía trong phì đại tối đa so với xương và niêm mạc bên.
2. Chụp cắt lớp vi tính là một kỹ thuật không xâm lấn trong đánh giá thành phần giải phẫu của con vẹo cuốn mũi dưới và giúp quyết định loại phẫu thuật tạo hình cuốn mũi tùy thuộc vào loại quá phát.
3. Nên bổ sung phẫu thuật thu gọn cuốn mũi vào phẫu thuật tạo hình vách ngăn ở những trường hợp điều kiện làm giảm nghẹt mũi không đạt được như ý muốn của cả phẫu thuật viên và bệnh nhân hay đúng hơn là giảm nghẹt mũi sau phẫu thuật tạo hình vách ngăn thông thường do di chuyển vách ngăn về đường giữa.
4. Không chỉ thành phần niêm mạc tác động

phì đại mà cả xương cũng trải qua phì đại và làm tăng thêm sức cản của mũi ở phần trước của mũi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berger, G.; Hammel** (2000), I.; Berger, R.; Avraham, S. & Ophir, D. "Histopathology of the inferior nasal concha with compensatory hypertrophy in patients with deviated nasal septum". *Laryngoscope*, 111(12):2100--5, 2000. Casserius, J. Pentaesthesion. Venice, Italy, N. Misserinuon, 1609. pp.112-5
2. **Carlos Chiesa Estomba** (2015), "Compensatory hypertrophy of the contralateral inferior turbinate in patients with unilateral nasal septal deviation. A computed tomography study", *Otolaryngol Pol* ; 69 (2): 14-20
3. **Fairbanks, D. N**, "Snoring: surgical vs. nonsurgical management", *Laryngoscope*, 94(9):1188-92
4. **Haight** (1983), J. S. & Cole, P, "The site and function of the nasal valve". *Laryngoscope*, 93(1):49-55
5. **Lai, V. W. & Corey, J. P**, "The objective assessment of nasal patency", *Ear Nose Throat J.*, 72(6):395-400
6. **Li, K. K.** (1998), "Radiofrequency volumetric tissue reduction for treatment of turbinate hypertrophy: a pilot study" *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 119(6):569-73,
7. **Pratt, J. A** 9 (2015), "Conservation of turbinates," *Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.*, 20:136
8. **Seeger, J.; Zenev** (2003), "Bipolar radiofrequency- induced thermotherapy of turbinate hypertrophy. Pilot study and 20 months'follow up," *Laryngoscope*, 113(1):130-5

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY GAN CẤP TRÊN NỀN BỆNH GAN MẠN TÍNH (ACLF) Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2,3}, Lê Thị Lan⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến sự xuất hiện suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính (ACLF) ở các bệnh nhân xơ gan mất bù sau viêm gan virus B điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 124 bệnh nhân xơ gan mất bù sau viêm

gan virus B. Thang điểm CLIF-C OFs của Hiệp hội gan mật châu Âu được sử dụng để phân độ ACLF. **Kết quả:** 22 bệnh nhân (17,7%) có ACLF lúc nhập viện và 24 bệnh nhân (19,4%) xuất hiện ACLF trong quá trình điều trị. Tỷ lệ xuất hiện ACLF độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 1,6%; 19,4% và 16,1%. Kết quả phân tích đơn biến cho thấy hội chứng não gan, INR>2, nồng độ AST>80UI/L, ALT>80 UI/L, bilirubin TP > 102,5 µmol/L, cứ mỗi 1 điểm MELD-Na tăng thêm là các yếu tố liên quan đến xuất hiện ACLF trong quá trình điều trị (p<0,05). Phân tích đa biến cho thấy, INR>2 (OR=5,018; p=0,036) là yếu tố độc lập liên quan đến xuất hiện ACLF trong quá trình điều trị. **Kết luận:** INR là yếu tố nguy cơ liên quan đến xuất hiện ACLF ở bệnh nhân xơ gan mất bù. Cần có các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để tìm ra các yếu tố độc lập liên quan đến xuất hiện ACLF. **Từ khóa:** suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính, ACLF, xơ gan mất bù, INR.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

⁴Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024