

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu trên 190 bệnh nhân cho thấy, điểm số OHIP-14 trung bình là $2,02 \pm 0,74$ điểm. Trong đó, CLCS liên quan SKRM của bệnh nhân bị ảnh hưởng nhiều nhất là "Cảm giác khó chịu khi ăn" ($2,32 \pm 1,04$ điểm), tiếp theo là "Cảm thấy vị giác của mình bị kém đi" ($2,25 \pm 1,01$ điểm). CLCS liên quan SKRM ít bị ảnh hưởng nhiều nhất là "Dễ cáu gắt với người khác" ($1,51 \pm 1,15$ điểm) và "Thiếu tự tin" ($1,83 \pm 1,07$ điểm).

Kết quả OHIP-14 trên 7 lĩnh vực cho thấy, lĩnh vực CLCS liên quan SKRM bị ảnh hưởng nhiều nhất là "Hạn chế về thể chất" với điểm trung bình $2,26 \pm 0,84$ điểm, tiếp theo là "Giới hạn chức năng" với điểm trung bình $2,10 \pm 0,94$ điểm. Lĩnh vực CLCS ít bị ảnh hưởng nhất là "Hạn chế về xã hội" với điểm trung bình $1,78 \pm 0,91$ điểm, tiếp theo là "Hạn chế về tâm lý" với điểm trung bình $1,84 \pm 0,94$ điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Hoàng Khanh.** Tình hình sức khỏe răng miệng và nhu cầu điều trị răng miệng ở người cao tuổi thành phố Cần Thơ: Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2009.
2. **Lâm Kim Triển.** Tác động của sức khỏe răng miệng lên chất lượng cuộc sống của người cao tuổi tại một số viện dưỡng lão ở thành phố Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2014.
3. **Chen H, Liu N, Xu X, Qu X, Lu E.** Smoking, radiotherapy, diabetes and osteoporosis as risk

- factors for dental implant failure: a meta-analysis. PloS one. 2013;8(8):e71955.
4. **Eitner S, Wichmann M, Schlegel KA, Kollmannsberger JE, Nickenig HJ.** Oral health-related quality of life and implant therapy: an evaluation of preoperative, intermediate, and post-treatment assessments of patients and physicians. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2012;40(1):20-3.
5. **Ngô Vĩnh Phúc, Trần Tấn Tài, Huỳnh Văn Dương.** Đánh giá kết quả cấy ghép nha khoa tức thì sau khi nhổ răng. Tạp chí Y Dược học. 2018;8(6):196-202.
6. **AlZarea BK.** Oral health related quality-of-life outcomes of partially edentulous patients treated with implant-supported single crowns or fixed partial dentures. Journal of clinical. 2017; 9(5):e666.
7. **Nguyễn Quỳnh Trúc.** Chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng ở bệnh nhân điều trị phục hình trên cấy ghép nha khoa và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Răng hàm mặt Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2019.
8. **Bramanti.** Oral health-related quality of life in partially edentulous patients before and after implant therapy: a 2-year longitudinal study. Oral & Implantology. 2013:37-42.
9. **Yoshida T, Masaki C, Komai H, Misumi S, Hosokawa R.** Changes in oral health-related quality of life during implant treatment in partially edentulous patients: A prospective study. Journal of prosthodontic research. 2016;60(4):258-64.
10. **Sönmez S, Top M.** Technology. Quality of life and oral health impact profile in Turkish dental patients. Health Policy Technology. 2016;5(3):291-7.

TỔNG QUAN VỀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGẠT MŨI Ở BỆNH NHÂN VIÊM MŨI DỊ ỨNG BẰNG PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH CUỐN DƯỚI

Nguyễn Thị Oanh¹, Phạm Thị Bích Đào^{1,2}, Đinh Tuấn Anh³,
Ngô Thị Ngọc², Nguyễn Thị Thái Chung², Nguyễn Xuân Hòa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm các nghiên cứu về điều trị ngạt mũi ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng bằng phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới và tổng hợp kết quả của phương pháp này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tổng quan luận điểm, sử dụng các bài báo đăng trên các tạp chí có bình duyệt bằng tiếng Anh và tiếng Việt từ năm 2000 đến tháng 7

năm 2024, tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu PubMed, Google Scholar và thư viện Đại học Y Hà Nội, với các từ khóa liên quan đến điều trị ngạt mũi do viêm mũi dị ứng bằng phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới. **Kết quả:** Trong số 49 bài báo tìm thấy, 12 bài đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm đốt điện dưới niêm mạc, sóng cao tần, Coblator, laser, Microdebrider và cắt xương cuốn dưới, với tỷ lệ cải thiện triệu chứng ngạt mũi từ 60,5% đến 100% trong khoảng thời gian từ 2 tháng đến 5 năm sau phẫu thuật. 75% các nghiên cứu là can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng, có nhóm chứng (25%, n=3). Cải thiện độ thông thoáng mũi đạt từ 37,1% đến 65% (đo khi động học mũi). Các biến chứng như đau, chảy máu (1,1–15%), đóng vảy (5–31,7%), dính cuốn (2,85–5,8%) hoặc teo cuốn (4,2%) thường nhẹ và thoáng qua. **Kết luận:** Phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới là phương pháp hiệu quả và an toàn để điều trị ngạt mũi

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoptb0024@hmu.vn

Ngày nhận bài: 13.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2025

Ngày duyệt bài: 22.7.2025

ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng không đáp ứng điều trị nội khoa, với tỷ lệ cải thiện triệu chứng >60% và tỷ lệ biến chứng khoảng 1,1%–56,7%, trung bình ước tính ~35%, chủ yếu nhẹ và thoáng qua.

Từ khóa: viêm mũi dị ứng, ngạt mũi, phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới.

SUMMARY

OVERVIEW OF THE EVALUATION OF NASAL CONGESTION TREATMENT OUTCOMES IN ALLERGIC RHINITIS PATIENTS USING INFERIOR TURBINOPLASTY

Objective: To describe the characteristics of studies on the treatment of nasal congestion in allergic rhinitis patients using inferior turbinoplasty and to synthesize the outcomes of this method. **Subjects and Methods:** A narrative literature review was conducted using peer-reviewed articles published in English and Vietnamese from 2000 to July 2024. Relevant studies were identified via PubMed, Google Scholar, and the Hanoi Medical University Library using keywords related to inferior turbinate surgery for nasal obstruction secondary to allergic rhinitis.

Results: Of the 49 articles retrieved, 12 met the inclusion criteria. Surgical modalities included submucosal electrocautery, radiofrequency ablation, coblation, laser reduction, microdebrider-assisted turbinoplasty, and turbinate bone resection. Reported rates of symptomatic improvement in nasal obstruction ranged from 60.5% to 100%, with follow-up periods ranging from 2 months to 5 years. Among the included studies, 75% were uncontrolled clinical trials, while 25% (n = 3) incorporated control groups. Objective improvements in nasal airflow, assessed by rhinomanometry, ranged from 37.1% to 65%. Reported complications included pain and epistaxis (1.1%–15%), crusting (5%–31.7%), synechiae formation (2.85%–5.8%), and turbinate atrophy (4.2%), most of which were mild and self-limited.

Conclusion: Inferior turbinate surgery appears to be a safe and effective therapeutic option for patients with allergic rhinitis refractory to medical management, achieving symptomatic relief in over 60% of cases. The overall complication rate ranged from approximately 1.1% to 56.7%, with an estimated mean of ~35%, primarily involving minor and transient adverse effects.

Keywords: allergic rhinitis, nasal congestion, inferior turbinoplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi dị ứng (VMDU) là bệnh lý viêm mũi mạn tính có cơ chế miễn dịch qua trung gian IgE, ảnh hưởng đến khoảng 10–30% dân số thế giới và chiếm tỷ lệ cao hơn ở đô thị do ô nhiễm không khí và tiếp xúc dị nguyên¹. Trong số các triệu chứng của VMDU, ngạt mũi là biểu hiện phổ biến và gây ảnh hưởng nhiều nhất đến chất lượng cuộc sống, chiếm tới 70–80% trường hợp¹. Ngạt mũi kéo dài có thể làm giảm chất lượng giấc ngủ, hiệu suất làm việc và gây hậu quả đến các bệnh lý liên quan như viêm xoang,

viêm tai giữa, hen phế quản hoặc hội chứng ngưng thở khi ngủ².

Điều trị ngạt mũi trong VMDU chủ yếu bằng nội khoa: kháng histamin, corticoid tại chỗ, kháng leukotrien, thuốc co mạch và rửa mũi bằng dung dịch muối ưu trương, v.v... Tuy nhiên, có khoảng 10–20% bệnh nhân không đáp ứng tốt với điều trị nội khoa, đặc biệt ở nhóm có quá phát cuốn mũi dưới kéo dài³. Khi đó, phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới được xem là giải pháp hiệu quả nhằm cải thiện thông khí mũi. Các kỹ thuật bao gồm đốt điện, laser CO₂, sóng radiofrequency, vi phẫu hoặc cắt một phần cuốn dưới⁴. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cải thiện triệu chứng ngạt mũi sau phẫu thuật dao động từ 70% đến 90%³. Ví dụ, nghiên cứu của Passali và cộng sự (2003) cho thấy 87% bệnh nhân cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật giảm thể tích cuốn dưới bằng laser³. Tương tự, Casey Means và cộng sự (2015) báo cáo hiệu quả lên tới 80% khi sử dụng kỹ thuật đốt cuốn bằng sóng radiofrequency⁵. Tuy vậy, hiệu quả lâu dài và độ an toàn của phương pháp này vẫn còn là vấn đề gây tranh cãi. Một số nghiên cứu cảnh báo nguy cơ biến chứng nếu can thiệp quá mức, đặc biệt là hội chứng mũi trống (Empty Nose Syndrome – ENS). Houser SM (2001) mô tả rằng cắt quá nhiều mô cuốn dưới có thể dẫn tới mất cảm giác luồng khí, khô rát, nghẹt mũi "ảo" dù đường thở thông thoáng về mặt giải phẫu⁶.

Tại Việt Nam, phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới ngày càng được áp dụng rộng rãi, song các nghiên cứu tổng quan hệ thống hoặc phân tích tổng hợp về hiệu quả và biến chứng của phương pháp này trong điều trị VMDU còn hạn chế. Điều này đặt ra nhu cầu cấp thiết về việc hệ thống hóa các bằng chứng đã có, nhằm giúp bác sĩ lâm sàng đưa ra quyết định điều trị chính xác hơn, phù hợp với từng đặc điểm bệnh nhân. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Tổng quan các nghiên cứu đã công bố về điều trị ngạt mũi do viêm mũi dị ứng bằng phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới, từ đó góp phần chuẩn hóa chỉ định, lựa chọn kỹ thuật phù hợp và nâng cao hiệu quả điều trị bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng của nghiên cứu là các tài liệu khoa học có nội dung liên quan đến việc điều trị ngạt mũi ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng bằng phẫu thuật chỉnh hình cuốn mũi dưới, bao gồm: bài báo gốc, nghiên cứu can thiệp, nghiên cứu quan sát, báo cáo ca lâm sàng, bài tổng quan và hướng dẫn điều trị. Các tài liệu này cần cung cấp dữ liệu về chỉ định,

kỹ thuật, hiệu quả điều trị, biến chứng hoặc theo dõi sau phẫu thuật.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tài liệu có đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân viêm mũi dị ứng có biểu hiện ngạt mũi được điều trị bằng phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới (inferior turbinoplasty).

+ Tài liệu trình bày ít nhất một trong các nội dung: đặc điểm bệnh nhân, chỉ định, kỹ thuật, kết quả điều trị, biến chứng hoặc theo dõi sau phẫu thuật.

+ Bài viết được công bố bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh.

- Thời gian xuất bản từ năm 2000 đến nay.

- Không giới hạn về loại hình thiết kế nghiên cứu hay địa điểm công bố.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tài liệu không viết bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh.

- Các bài báo không có đủ thông tin liên quan đến mục tiêu nghiên cứu.

- Các bài viết trùng lặp, bản thuyết minh, ý kiến chuyên gia không có dữ liệu thực nghiệm.

2.3. Nguồn dữ liệu và chiến lược tìm kiếm. Tài liệu được tìm kiếm có hệ thống trên các cơ sở dữ liệu điện tử quốc tế và trong nước, bao gồm: PubMed, Google Scholar, thư viện điện tử của Trường Đại học Y Hà Nội, Các tạp chí y học chuyên ngành Tai Mũi Họng

Từ khóa tìm kiếm được sử dụng linh hoạt dưới dạng kết hợp từ đơn lẻ và nhóm từ đồng nghĩa, có thể sử dụng toán tử logic (AND, OR) để mở rộng phạm vi tìm kiếm. Tiếng Anh: "Allergic rhinitis", "nasal obstruction", "inferior turbinate surgery", "turbinoplasty", "nasal congestion", "surgical treatment". Tiếng Việt: "Viêm mũi dị ứng", "ngạt mũi", "phẫu thuật cuốn mũi", "chỉnh hình cuốn dưới", "điều trị ngạt mũi".

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các nghiên cứu.

STT	Tên tác giả Năm xuất bản	Năm thực hiện	Quốc gia	Phương pháp phẫu thuật	Thiết kế nghiên cứu
1	Yusuke Kojima ¹ (2013)	1/2008- 8/2012	Nhật Bản	Đốt điện dưới niêm mạc (n=95)	Can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng
2	L. Di Rienzo Businco ¹ (2010)	6/2007-6/2008	Ý	Coblator (n=110)	Can thiệp lâm sàng có nhóm chứng
3	Chia-MinLiu (2009)	1/2001-12/2006	Đài Loan	Microdebrider (n=60) Sóng cao tần (n=60)	Can thiệp ngẫu nhiên có nhóm chứng
4	Yu-LinChen (2008)	1/2002-12/2006	Đài Loan	CH+ cắt xương cuốn dưới (n=80) Microdebrider (n=80)	Can thiệp ngẫu nhiên có nhóm chứng
5	Tsung-Wei Huang (2006)	1/5/2004 - 31/7/2004	Đài Loan	Microdebrider (n=50)	Can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng
6	Hsin-Ching Lin (2003)	2000-2002	Đài Loan	Sóng cao tần (n=108)	Can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng

Sau khi thu thập, tất cả các tài liệu sẽ được lưu trữ có hệ thống bằng phần mềm quản lý tài liệu tham khảo (như Zotero hoặc EndNote) để phục vụ bước sàng lọc và trích xuất dữ liệu.

2.4. Quy trình lựa chọn và công cụ phân tích. Quá trình lựa chọn tài liệu được thực hiện theo quy trình PRISMA 2009, gồm 4 bước: Xác định tài liệu qua cơ sở dữ liệu, loại bỏ tài liệu trùng lặp, đọc tiêu đề và tóm tắt để loại trừ bài không phù hợp, Đọc toàn văn để đánh giá chi tiết và đưa vào phân tích.

Các thông tin được trích xuất bao gồm: năm xuất bản, quốc gia, thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu, loại kỹ thuật phẫu thuật cuốn dưới, chỉ định, kết quả điều trị, biến chứng, thời gian theo dõi. Dữ liệu định tính sẽ được tổng hợp bằng phân tích nội dung theo chủ đề (thematic analysis), trong khi dữ liệu định lượng nếu có sẽ được mô tả thống kê bằng bảng biểu hoặc sơ đồ, không thực hiện phân tích tổng hợp định lượng (meta-analysis) do tính chất của nghiên cứu tổng quan luận điểm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả bài từ sơ đồ PRISMA 2009.

Sau khi tìm kiếm từ khóa trên các trang tìm kiếm thông tin Pubmed, google scholar, thư viện Đại học y Hà Nội, tổng số bài báo được tìm thấy là 49 bài báo.

Số bài báo phù hợp để đưa vào phân tích sau khi loại bỏ trùng lặp và đọc tiêu đề, tóm tắt là 19 bài báo.

Sau khi đọc toàn văn và đánh giá theo tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ và mục tiêu của nghiên cứu kết quả thu được 12 bài báo được đưa vào tổng quan.

3.2. Đặc điểm chung của các nghiên cứu được đưa vào tổng quan

7	R. Siméon (2010)	7/2002-7/2005	Pháp	Coblator (n=9)	Can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng
8	Hsin-Ching Lin (2010)	2001–2007	Đài Loan	Sóng cao tần (n=146)	Can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng
9	Sachio Takeno (2003)	1999-2000	Nhật Bản	Laser CO2 (n=51)	Can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng
10	P. K. Anjali (2020)	7/2016-7/2018	Ấn Độ	CH+ cắt xương cuộn dưới (n=35)	Can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng
11	Priyanka Gupta (2018)	11/2012-11/2013	Ấn Độ	Laser (n=60)	Can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng
12	Jae Yong Lee (2013)	7/2008-12/2010	Hàn Quốc	Microdebrider (n=60)	Can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng

Nhận xét: có 12 bài báo được lựa chọn được công bố từ năm 2002 đến 2018. Tổng số 1.004 bệnh nhân viêm mũi dị ứng (VMDU) được điều trị ngạt mũi bằng phẫu thuật chỉnh hình cuộn dưới (CHCD). Châu Á chiếm đa số với 10 bài (83,33%). Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng chiếm 75% (n=9). Các

bệnh nhân được phẫu thuật bằng các phương pháp chỉnh hình cuộn dưới dùng sóng cao tần chiếm tỷ lệ cao nhất với 314 bệnh nhân (31,27%), sử dụng microdebrider chiếm 24,9% (n=250).

3.3. Kết quả phẫu thuật chỉnh hình cuộn dưới của các nghiên cứu

Bảng 3.2. Phương pháp chỉnh hình cuộn dưới và kết quả tương ứng

STT	Tác giả	Phương pháp phẫu thuật CHCD	Kết quả sau phẫu thuật (%)		Thời điểm đánh giá sau phẫu thuật
			Không/ít cải thiện/tái phát	Cải thiện $\geq 50\%$	
1	Yusuke Kojima ¹ (2013)	Đốt điện dưới niêm mạc	17.4	82.6	2 năm
2	L.Di Rienzo Businco ¹ (2010)	Coblator	10	90	2 tháng
3	Chia-MinLiu (2009)	Sóng cao tần	100	0	3 năm
		Microdebrider	0	100	
4	Yu-LinChen (2008)	CH+ cắt xương cuộn dưới	0	100	3 năm
		Microdebrider	0	100	
5	Hsin-ChingLin (2003)	Sóng cao tần	8.9	91.1	1 năm
6	R. Siméon (2010)	Coblator	0	100	3 tháng
7	Hsin-Ching Lin (2010)	Sóng cao tần	39.5	60.5	5 năm
8	P. K. Anjali (2020)	CH+ cắt xương cuộn dưới	11.5	88.5	1 năm
9	Priyanka Gupta (2018)	Laser	0	100	3 tháng
10	Jae Yong Lee (2013)	Microdebrider	0	100	1 năm

Nhận xét: Có 10/12 nghiên cứu đánh giá mức độ cải thiện triệu chứng ngạt mũi sau phẫu thuật CHCD với nhiều phương pháp khác nhau như: đốt điện dưới niêm mạc, sóng cao tần, Coblator, Laser, Microdebrider, cắt xương cuộn dưới kết hợp.

Thời điểm đánh giá sau mổ dao động từ 2 tháng đến 5 năm. Kết quả cải thiện triệu chứng ngạt mũi ở các nghiên cứu chủ yếu đạt mức từ

60,5% đến 100%. Có 4/12 nghiên cứu ghi nhận 100% cải thiện triệu chứng với các kỹ thuật như Microdebrider, Laser, Coblator. Nghiên cứu của Chia-Min Liu cho thấy tỷ lệ 100% tái phát triệu chứng sau 3 năm ở nhóm sử dụng sóng cao tần, nhóm dùng Microdebrider duy trì cải thiện 100%.

3.4. Cải thiện độ thông thoáng mũi sau phẫu thuật

Bảng 3.3. Mức độ thông thoáng mũi sau chỉnh hình cuộn dưới

STT	Tác giả/năm	Mức độ thông thoáng mũi		Mức độ cải thiện độ thông thoáng mũi (%)	Thời điểm đánh giá sau phẫu thuật
		Trước PT	Sau PT		
1	L. Di Rienzo Businco ¹ (2010)	Tắc nghẽn trung bình	Bình thường	37.1	2 tháng
2	Yu-LinChen (2008)	Tắc nghẽn trung bình	Bình thường	42.85	3 năm
3	Tsung-Wei Huang (2006)	Tắc nghẽn nặng	Nhẹ	37.78	1 năm
4	R. Siméon (2010)	Tắc nghẽn nghiêm trọng	Nhẹ - trung bình	65	2 tháng

Nhận xét: Có 4/12 nghiên cứu sử dụng phương pháp đo khí động học mũi để đánh giá mức độ thông thoáng mũi trước và sau mổ. Các tình trạng tắc nghẽn trung bình trước mổ trở lại mức bình thường sau phẫu thuật với mức cải

thiện từ 37,1% đến 42,85%. Các trường hợp tắc nghẽn nặng hoặc nghiêm trọng giảm xuống mức nhẹ hoặc trung bình với mức cải thiện dao động từ 37,78% đến 65%.

3.5. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Biến chứng sau phẫu thuật

STT	Tác giả	Đau (%)	Chảy máu (%)	Viêm tiền đình mũi (%)	Đóng vảy (%)	Dính cuốn (%)	Teo cuốn (%)
1	Yusuke Kojima ¹ (2013)	0	1.1	1	0	0	4.2
2	Chia-MinLiu (2009)	0	0	0	0	5.8	0
3	Yu-LinChen (2008)	0	0	0	5	0	0
4	Hsin-ChingLin (2003)	12	0	0	0	0	0
5	R. Siméon (2010)	100	0	0	0	0	0
6	P. K. Anjali (2022)	0	0	0	0	2.85	0
7	Priyanka Gupta (2018)	100	15	0	31.7	0	0
8	Jae Yong Lee (2013)	0	11.7	0	0	0	0

Nhận xét: Có 8/12 nghiên cứu ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật CHCD. Triệu chứng đau sau mổ được ghi nhận ở 3 nghiên cứu, chủ yếu là mức độ nhẹ, đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường như Paracetamol. Chảy máu sau phẫu thuật xuất hiện ở 3 nghiên cứu với tỷ lệ dao động từ 1,1% đến 15%. Một số biến chứng ít gặp khác gồm: Viêm tiền đình mũi (1%) và teo cuốn mũi (4,2%). Đóng vảy sau mổ được ghi nhận trong 2 nghiên cứu với tỷ lệ lần lượt là 5% và 31,7%. Dính cuốn mũi xảy ra ở 2 nghiên cứu với tỷ lệ 5,8% và 2,85%.

IV. BÀN LUẬN

Tổng quan này bao gồm 12 nghiên cứu được công bố từ năm 2002 đến 2018, chủ yếu từ các quốc gia có nền y học phát triển như Mỹ, Hàn Quốc, Ấn Độ và châu Âu. Trong đó, 9/12 (75%) là nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng, 3/12 (25%) có nhóm chứng đối chiếu. Điều này phản ánh sự quan tâm rộng rãi đối với phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới (CHCD) trong điều trị ngạt mũi do viêm mũi dị ứng (VMDU) kháng trị nội khoa.

Tất cả các nghiên cứu đều ghi nhận sự cải thiện triệu chứng ngạt mũi rõ rệt sau CHCD. Tỷ lệ cải thiện dao động từ 60,5% đến 100%, tùy kỹ thuật và thời gian theo dõi. Microdebrider, laser, Coblator là các kỹ thuật đạt hiệu quả cao nhất, với một số nghiên cứu ghi nhận 100% bệnh nhân cải thiện ngạt mũi tại thời điểm đánh giá (Di Rienzo Businco, 2010⁷; Gupta, 2018⁸; Lee JY, 2013⁹). Trong khi đó, sóng cao tần (radiofrequency) có kết quả ngắn hạn tốt nhưng theo nghiên cứu của Liu CM (2009), tỷ lệ tái phát sau 3 năm lên tới 100%, trong khi nhóm Microdebrider duy trì hiệu quả lâu dài¹⁰.

4 nghiên cứu áp dụng đánh giá khí động học

mũi (rhinomanometry) trước – sau mổ cho thấy mức độ tắc nghẽn trung bình – nặng ban đầu được cải thiện rõ, với tỷ lệ cải thiện từ 37,1% đến 65% sau 2 tháng đến 3 năm. Điều này chứng minh hiệu quả của CHCD không chỉ mang tính chủ quan (triệu chứng) mà còn cải thiện rõ rệt chức năng hô hấp qua mũi.

Biến chứng nhìn chung ít gặp và chủ yếu nhẹ, bao gồm: đau sau mổ (3/12 nghiên cứu), chảy máu dao động từ 1,1% đến 15%, đóng vảy (5–31,7%), Viêm tiền đình mũi (~1%), dính cuốn (2,85–5,8%) và teo cuốn dưới (4,2%). Đặc biệt, biến chứng nặng như hội chứng mũi trống (ENS) rất hiếm nhưng có thể xảy ra nếu phẫu thuật can thiệp quá mức hoặc lựa chọn sai chỉ định. Vì vậy, việc tuân thủ kỹ thuật chính xác, bảo tồn niêm mạc và mô chức năng, cũng như lựa chọn bệnh nhân cẩn trọng, là yếu tố then chốt trong hạn chế rủi ro⁶.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới là một phương pháp hiệu quả trong điều trị ngạt mũi kéo dài ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng không đáp ứng nội khoa, với tỷ lệ cải thiện triệu chứng từ 60,5% đến 100% và cải thiện thông khí mũi từ 37,1% đến 65%. Các kỹ thuật như Microdebrider, laser, Coblator cho hiệu quả cao hơn so với sóng cao tần. Tỷ lệ biến chứng thấp và chủ yếu nhẹ, nhưng cần lưu ý nguy cơ hội chứng mũi trống. Kết quả tổng quan góp phần cung cấp bằng chứng giúp chuẩn hóa chỉ định, lựa chọn kỹ thuật phù hợp và định hướng nghiên cứu tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li CH, Sayeau K, Ellis AK. Air Pollution and Allergic Rhinitis: Role in Symptom Exacerbation and Strategies for Management. J Asthma Allergy.

- 2020;13:285-292. doi:10.2147/JAA.S237758
2. **Brożek JL, Bousquet J, Agache I, et al.** Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines—2016 revision. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2017;140(4):950-958. doi:10.1016/j.jaci.2017.03.050
 3. **Passali D, Passali FM, Damiani V, Passali GC, Bellussi L.** Treatment of inferior turbinate hypertrophy: a randomized clinical trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2003;112(8):683-688. doi:10.1177/000348940311200806
 4. **Wise SK, Damask C, Roland LT, et al.** International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis – 2023. *International Forum of Allergy & Rhinology*. 2023;13(4):293-859. doi:10.1002/alr.23090
 5. **Means C, Camacho M, Capasso R.** Long-Term Outcomes of Radiofrequency Ablation of the Inferior Turbinates. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016;68(4):424-428. doi:10.1007/s12070-015-0912-x
 6. **Houser SM.** Empty nose syndrome associated with middle turbinate resection. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2006;135(6):972-973. doi:10.1016/j.otohns.2005.04.017
 7. **Di Rienzo Businco L, Di Rienzo Businco A, Lauriello M.** Comparative study on the effectiveness of Coblation-assisted turbinoplasty in allergic rhinitis. *Rhinology*. 2010;48(2):174-178. doi:10.4193/Rhin09.149
 8. **Gupta P, Kc T, Regmi D.** Diode Laser Turbinate Reduction in Allergic Rhinitis: A Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2018;56(214):949-952. doi:10.31729/jnma.3870
 9. **Lee JY.** Efficacy of intra- and extratubal microdebrider turbinoplasty in perennial allergic rhinitis. *Laryngoscope*. 2013;123(12):2945-2949. doi:10.1002/lary.24215
 10. **Liu CM, Tan CD, Lee FP, Lin KN, Huang HM.** Microdebrider-assisted versus radiofrequency-assisted inferior turbinoplasty. *Laryngoscope*. 2009;119(2):414-418. doi:10.1002/lary.20088

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA BỆNH NHÂN ĐAU BỤNG KINH NGUYÊN PHÁT THUỘC HỘI CHỨNG THỰC HÀN, KHÍ TRỆ HUYẾT Ứ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH – CƠ SỞ 3

Nguyễn Thảo Lam¹, Tăng Khánh Huy¹, Nguyễn Phôi Hiền²,
Trần Thị Ánh Hồng³, Lâm Cẩm Tiên¹, Nguyễn Thị Hương Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng Y học cổ truyền (YHCT) của bệnh nhân đau bụng kinh nguyên phát thuộc hội chứng Thực hàn, Khí trệ huyết ứ tại bệnh viện Đại học Y Dược – Cơ sở 3. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 72 bệnh nhân được chẩn đoán đau bụng kinh nguyên phát thuộc hội chứng Thực hàn, Khí trệ huyết ứ. **Kết quả:** Độ tuổi trung vị là 24,0 (22,0-26,0) tuổi, BMI là 20,8 (19,2-21,6) kg/m². Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng trước kinh như đau lưng (86,1%), đau bụng (80,6%), căng ngực (62,5%), tâm trạng khó chịu (59,7%). Mức độ đau theo thang điểm VAS 6-8 điểm, tổng thời gian đau là 48 giờ. Hội chứng bệnh Khí trệ huyết ứ chiếm 59,7%, hội chứng bệnh Thực hàn chiếm 40,3%. Hệ số Cronbach's alpha của hội chứng Thực hàn là 0,75, hội chứng Khí trệ huyết ứ là 0,88. **Kết luận:** Đau bụng kinh nguyên phát thường gặp ở tuổi 24 tuổi, trên 50% bệnh nhân có các triệu chứng tiền kinh nguyệt, mức

độ đau trung bình từ 6-7 điểm, thời gian đau khoảng 48 giờ. Hội chứng Khí trệ huyết ứ chiếm tỷ lệ cao hơn Thực hàn. Tính tin cậy nội bộ của tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng Khí trệ huyết ứ và Thực hàn đều đạt mức tốt với hệ số Cronbach's alpha >0,7.

Từ khóa: hội chứng y học cổ truyền, đau bụng kinh nguyên phát, thực hàn, khí trệ huyết ứ

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF TRADITIONAL MEDICINE CLINICAL SYMPTOMS OF PRIMARY DYSMENORRHEA PATIENTS BELONGING TO THE EXCESS COLD, QI STAGNATION AND BLOOD STASIS SYNDROMES AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY – BRANCH 3

Objective: To survey the characteristics of Traditional Medicine (TM) symptoms of patients with primary dysmenorrhea belonging to the Excess Cold and Qi stagnation and blood stasis syndromes at the University Medical Center Ho Chi Minh City – Branch 3 (UMC3). **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 72 patients with primary dysmenorrhea belonging to the Excess Cold and Qi stagnation and blood stasis syndromes. **Results:** The median age was 24.0 years. BMI was 20.8 kg/m². The prevalence of premenstrual symptoms included back pain (86.1%), abdominal pain (80.6%), breast distension (62.5%), and irritability (59.7%). Pain

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh – Cơ sở 3

³Bệnh viện Y học cổ truyền TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hương Dương

Email: huongduongdr2012@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 21.7.2025