

2. Sun YL (2018), Diagnostic value of contrastenhanced CT scans in identifying lung adenocarcinomas manifesting as, Chinese journal of oncology, 40(7), 534-538.
3. Đào Thị Cẩm Giang (2024), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát tại Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ năm 2022- 2024, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 76, 42-47.
4. Mai Trọng Khoa (2016), Nhận xét vai trò của PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ, Tạp chí Điện quang và Y học hạt nhân, 25, 65-72.
5. Wang (2015), Semiquantitative Computed Tomography Characteristics for Lung Adenocarcinoma and Their Association With Lung Cancer Survival, Clinical Lung Cancer, 16(6), 141-163.
6. Chu Văn Tuyền (2023), Đặc điểm tập trung 18fdg của tổn thương u, hạch trên pet/ct ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có chỉ định phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện U Bướu Hà Nội, Tạp chí Điện quang và Y học hạt nhân, 52, 86-91.
7. Võ Duy Ân (2020), "Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ở bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát điều trị tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch," Tạp chí Y Dược thực hành, 23, 45-52.
8. Goldstraw (2016), The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (eighth) edition of the TNM Classification for Lung Cancer, Journal of Thoracic Oncology, 11(1), 39-51.

ĐÁNH GIÁ KHỨU GIÁC TRƯỚC PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN

Lý Xuân Quang^{1,2}, Trần Khiêm Khánh Hương^{2,3}, Lương Hữu Đăng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong các triệu chứng do vẹo vách ngăn gây ra thì giảm ngửi mùi ít được cả người bệnh và bác sĩ Tai Mũi Họng quan tâm. Tuy nhiên, một số các nghiên cứu gần đây cho thấy rối loạn khứu giác ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống. Do đó khứu giác ở người bệnh vẹo vách ngăn cũng cần được đánh giá và chữa trị sớm. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca thực hiện trên những bệnh nhân giảm ngửi mùi có chỉ định vẹo vách ngăn tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ 10/2024 đến 06/2025. Các thông tin lâm sàng, kết quả nội soi mũi xoang, CT scan mũi xoang, đo khí áp mũi trước chủ động, Sniffin' Sticks Test được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Trong 27 bệnh nhân được nghiên cứu, tuổi trung bình là $37,56 \pm 10,64$. Tỷ lệ nam nữ lần lượt là 66,7% và 33,3%. Tỷ lệ vẹo vách ngăn trái nhiều hơn phải (55,6% so với 44,4%). Dựa trên phân loại vẹo vách ngăn theo hệ thống Mladina, không có ca phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn nào thuộc loại 1 và loại 6, loại 7 có tỉ lệ 40,7%, loại 5 có tỉ lệ 29,6%, loại 2 và loại 3 có tỉ lệ giống nhau là 11,1%, loại 4 có tỉ lệ 7,4%. Tỉ lệ quá phát cuốn dưới 96,3%. Chẩn đoán vẹo vách ngăn đơn thuần chiếm tỉ lệ 3,7% và chẩn đoán vẹo vách ngăn và quá phát cuốn dưới hai bên chiếm tỉ lệ 96,3%. Ca vẹo vách ngăn đơn thuần bị giảm khứu. Trong số ca vẹo vách ngăn và quá phát cuốn dưới hai bên có 61,5% bình khứu; 34,6% giảm khứu; 3,9% mất khứu. Giá trị trung bình của trở kháng đường thở hai bên mũi là $0,688 \pm 0,625$; tỉ lệ tắc nghẽn mũi hai bên là 3,7% với mức độ trung bình.

Các giá trị trung bình của điểm ngưỡng mũi (T) là $7,05 \pm 3,69$, điểm phân biệt mũi (D) là $11,18 \pm 2,61$, nhận diện mũi (I) là $11,22 \pm 2,25$. Giá trị trung vị vữa tổng điểm TDI là 31,75 (15 – 37,5). Test ngưỡng mũi, test nhận diện mũi và test phân biệt có tỉ lệ giảm khứu giác lần lượt là 29,6%, 48,1% và 59,3%. Phân loại khứu giác theo tổng điểm TDI ngưỡng nhóm tuổi có tỉ lệ 3,7% mất khứu giác, 37% giảm khứu và 59,3% bình khứu. Phân độ giảm khứu giác theo tổng điểm TDI ngưỡng lý tưởng có mức độ nhẹ và trung bình bằng nhau có tỉ lệ 18,5%, mức độ nặng có tỉ lệ 7,4% và mức độ rất nặng có tỉ lệ 3,7%. Trong số những người không tắc nghẽn mũi có 3,9% mất khứu, 34,6% giảm khứu, 61,5% bình khứu. 100% người tắc nghẽn mũi mức độ trung bình bị giảm khứu. Trong số những người không tắc nghẽn mũi có 15,4% mức độ nhẹ, 19,2% mức độ trung bình, 7,7% mức độ nặng, 3,9% mức độ rất nặng. 100% người tắc nghẽn mũi mức độ trung bình bị giảm khứu mức độ nhẹ. **Kết luận:** Không có sự liên quan giữa sự thay đổi động học dòng khí lưu qua mũi với mức độ giảm khứu giác của người bệnh trước phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn

Từ khóa: khứu giác, nghẹt mũi, vẹo vách ngăn

SUMMARY

OLFACTORY EVALUATION IN PATIENT INDICATED WITH SEPTOPLASTY

Introduction: Among the symptoms caused by septal deviation, hyposmia is often overlooked by both patients and ENT specialists. However, recent studies have shown that olfactory disorders significantly affected quality of life. Therefore, olfactory function in patients with septal deviation should also be actively assessed and appropriately controlled. **Methods:** A case series study conducted on patients with hyposmia and indicated with septoplasty at the University Medical Center Ho Chi Minh City from October 2024 to June 2025. Clinical features, sinus CT scans, active anterior rhinomanometry, and Sniffin' Sticks Test were collected and analyzed. **Results:** Among the 27 patients studied, the mean age was 37.56 ± 10.64 years. The male-to-female ratio was

¹Bệnh viện Đại học Y Dược, Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Bình Thạnh, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hữu Đăng

Email: luonghuudang167@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

66.7% and 33.3%, respectively. Left-sided septal deviation was more common than right-sided (55.6% vs. 44.4%). Based on Mladina's classification of septal deviations, no surgical cases fell into type 1 or type 6. Type 7 had the highest proportion (40.7%), followed by type 5 (29.6%). Types 2 and 3 each accounted for 11.1%, and type 4 accounted for 7.4%. Inferior turbinate hypertrophy was present in 96.3% of cases. Isolated septal deviation was diagnosed in 3.7%, while septal deviation with bilateral inferior turbinate hypertrophy was found in 96.3%. The isolated septal deviation case had reduced smell. Among the patients with septal deviation and bilateral turbinate hypertrophy, 61.5% had normal olfaction, 34.6% had hyposmia, and 3.9% had anosmia. The average bilateral nasal airway resistance was 0.688 ± 0.625 ; the rate of bilateral nasal obstruction was 3.7%, at a moderate level. The average scores for the olfactory threshold (T) were 7.05 ± 3.69 , odor discrimination (D) 11.18 ± 2.61 , and odor identification (I) 11.22 ± 2.25 . The median total TDI score was 31.75 (range: 15–37.5). The rates of olfactory impairment in the threshold, discrimination, and identification tests were 29.6%, 48.1%, and 59.3%, respectively. Based on age-adjusted TDI scores, 3.7% had anosmia, 37% had hyposmia, and 59.3% had normal olfaction. Using the ideal TDI score thresholds, mild and moderate hyposmia were each observed in 18.5%, severe in 7.4%, and very severe in 3.7%. Among patients without nasal obstruction, 3.9% had anosmia, 34.6% had hyposmia, and 61.5% had normal olfaction. All patients with moderate nasal obstruction had mild hyposmia. Among those without nasal obstruction, 15.4% had mild, 19.2% had moderate, 7.7% had severe, and 3.9% had very severe hyposmia.

Conclusion: There was no correlation between the changes in nasal airflow dynamics and the degree of olfactory dysfunction in patients before septoplasty.

Keywords: olfaction, nasal obstruction, nasal septal deviation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vách ngăn là vách thẳng trong hốc mũi gồm sụn và xương, chia hốc mũi thành hai vùng thể tích gần ngang bằng nhau để không khí ra vào mũi gần tương đương nhau. Cùng với những cấu trúc khác của mũi, vách ngăn giúp kiểm soát dòng khí lưu thông giúp cho không khí xoáy tròn trong hốc mũi và giúp cho chức năng của mũi hoạt động. Luồng không khí xoáy giúp cho làm ẩm, ấm và lọc không khí hít vào. Khi vách ngăn không thẳng làm thay đổi về động học của dòng khí lưu thông có thể gây ra nghẹt mũi và gây ra triệu chứng khác như giảm ngửi mùi, ngủ ngáy, nhức đầu, chảy mũi, hắt hơi, chảy máu mũi... Vì vậy để người bệnh thở bằng mũi một cách sinh lý và giảm các triệu chứng do vẹo vách ngăn gây ra thì lựa chọn duy nhất là phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn.

Mặt khác, vẹo vách ngăn là bệnh lý rất thường gặp trong Tai Mũi Họng nhưng trong

những than phiền của người bệnh có triệu chứng giảm ngửi mùi ít được cả người bệnh và bác sĩ Tai Mũi Họng quan tâm. Tuy nhiên, một số các nghiên cứu gần đây cho thấy rối loạn khứu giác ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống[1] thoái hóa thần kinh[2] và gia tăng nguy cơ tử vong[3] cho người bệnh. Do đó khứu giác ở người bệnh vẹo vách ngăn cần được đánh giá và chữa trị sớm. Vì vậy câu hỏi nghiên cứu của tôi là: *Sự thay đổi động học dòng khí lưu thông qua mũi trên người bệnh vẹo vách ngăn ảnh hưởng tới khứu giác như thế nào.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Người bệnh có độ tuổi từ 18 đến 65 giảm ngửi mùi được nhập viện để phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Tiền sử phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn và cắt cuốn dưới.

- Vẹo vách ngăn kết hợp viêm xoang cần phẫu thuật xoang hoặc kết hợp các bệnh lý khác như, u, polyp...

- Sau chấn thương vùng mũi-mặt, dị dạng bẩm sinh vùng mũi mặt.

- Đang mang thai hoặc sử dụng các loại nội tiết tố.

- Suy giảm miễn dịch, mắc các bệnh tự miễn, nhiễm trùng da vùng mũi.

- Tiền sử bệnh thần kinh không hợp tác khi thực hiện test.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nội soi mũi xoang và CT scan mũi xoang: phân loại vẹo vách ngăn theo hệ thống Mladina, xác định hướng vẹo vách ngăn, đánh giá quá phát cuốn mũi dưới.

Đo khí áp mũi trước chủ động: phân độ tắc nghẽn mũi.

Đánh giá khứu giác bằng Sniffin' Sticks Test: phân loại khứu giác và phân độ giảm khứu giác.

Phân loại khứu giác

• Giảm khứu: Dựa trên ngưỡng nhóm tuổi hoặc ngưỡng lí tưởng.

✓ Ngưỡng theo nhóm tuổi: giảm khứu được thể hiện dưới bảng sau đây.

Bảng 1: Ngưỡng chẩn đoán giảm khứu dựa trên ngưỡng theo nhóm tuổi[5]

Nhóm tuổi	Test ngưỡng (T)	Test phân biệt (D)	Test nhận diện (I)	Tổng TDI
11-20 tuổi	≤5,5	≤10	≤10	≤28,5
21-30 tuổi	≤5,75	≤11	≤11	≤30,75
31-40 tuổi	≤5,5	≤10	≤12	≤30,5
41-50 tuổi	≤5	≤9	≤11	≤28,15

51-60 tuổi	≤4	≤10	≤11	≤27,25
61-70 tuổi	≤3,5	≤9	≤10	≤24,88

✓ Ngưỡng lý tưởng là ở độ tuổi 21 – 30 tuổi giảm khứu với $T \leq 5,75$; $D \leq 11$; $I \leq 11$.

• Mất khứu chức năng (khả năng còn sót lại để nhận biết mùi nhưng không hữu ích trong cuộc sống hàng ngày): $TDI \leq 16$.

Phân độ giảm khứu giác

Bảng 2: Phân độ giảm khứu giác theo tổng điểm TDI theo ngưỡng lý tưởng

Điểm tổng TDI	Phân loại	Ý nghĩa lâm sàng
>30.75	Bình thường	Khứu giác bình thường, không có khiếm khuyết
26.0-30.75	Giảm khứu giác mức độ nhẹ	Suy giảm nhẹ, người bệnh có thể không tự nhận thấy
21.0-25.9	Giảm khứu giác mức độ trung bình	Có thể nhận biết rõ rệt trong sinh hoạt
16.1-20.9	Giảm khứu giác mức độ nặng	Mất đáng kể khả năng ngửi
≤16	Giảm khứu giác mức độ rất nặng	Mất gần như hoàn toàn hoặc hoàn toàn khứu giác

Y đức: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học – Đại học Y Dược TP.HCM chấp thuận, quyết định số 2392/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 17 tháng 9 năm 20224

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 27 người bệnh giảm ngửi mùi có chỉ định nhập viện phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn tại bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10/2024 đến tháng 06/2025

Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Tuổi trung bình là $37,56 \pm 10,64$; độ tuổi thường gặp nhất là 21 – 50. Tỷ lệ nam nữ lần lượt là 66,7% và 33,3%. Chẩn đoán vẹo vách ngăn đơn thuần chiếm tỉ lệ rất ít 3,7% và chẩn đoán vẹo vách ngăn và quá phát cuốn dưới hai bên chiếm tỉ lệ cao 96,3%. Tỷ lệ vẹo vách ngăn trái nhiều hơn phải (55,6% so với 44,4%). Phân loại vẹo vách ngăn theo hệ thống Mladina: không có ca phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn nào thuộc loại 1 và loại 6, loại 7 có tỉ lệ 40,7%, loại 5 có tỉ lệ 29,6%, loại 2 bằng loại 3 có tỉ lệ 11,1%, loại 4 có tỉ lệ 7,4%. Tỉ lệ quá phát cuốn dưới 96,3%.

Khảo sát sự thay đổi động học dòng khí lưu qua mũi bằng đo khí áp mũi trước chủ động. Giá trị trung bình của trở kháng đường thở hai bên mũi là $0,688 \pm 0,625$; tỉ lệ tắc nghẽn mũi hai bên là 3,7% với mức độ trung bình. Không có tương quan giữa trở kháng đường thở

qua hốc mũi với điểm T, D, I và tổng điểm TDI ($p > 0,05$; tương quan Pearson).

Kết quả đánh giá khứu giác bằng phương pháp khách quan Sniffin' Sticks Test. Giá trị trung bình của điểm T, D của nữ cao hơn nam nhưng giá trị trung bình của điểm I của nam cao hơn nữ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, kiểm định T Test).

Bảng 3: Giá trị trung bình điểm thành phần T, D, I, tổng TDI theo giới

	Giá trị trung bình		
	Hai giới	Nam	Nữ
Điểm T	$7,05 \pm 3,69$	$6,98 \pm 3,81$	$7,19 \pm 3,67$
Điểm D	$11,18 \pm 2,61$	$11,05 \pm 2,66$	$11,44 \pm 2,65$
Điểm I	$11,22 \pm 2,25$	$11,5 \pm 2,3$	$10,55 \pm 2,12$

Có sự tương quan thuận mạnh giữa tổng điểm TDI với điểm T ($r = 0,858$), điểm D ($r = 0,793$), điểm I ($r = 0,693$); tương quan yếu giữa điểm D với điểm T và I. Sự tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$; tương quan Pearson).

Giá trị trung vị của tổng điểm TDI của hai giới là 31,75 (15 – 37,5), và giá trị này của nam cao hơn nữ tương ứng 32,75 (15 – 37,5) với 29,5 (21 – 35,5). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, kiểm định Mann Whitney U).

Test ngưỡng mùi, test nhận diện mùi và test phân biệt có tỉ lệ giảm khứu giác lần lượt là 29,6%, 48,1% và 59,3%. Phân loại khứu giác theo tổng điểm TDI ngưỡng nhóm tuổi có tỉ lệ 3,7% mất khứu giác, 37% giảm khứu và 59,3% bình khứu. Phân độ giảm khứu giác theo tổng điểm TDI ngưỡng lý tưởng có mức độ nhẹ và trung bình bằng nhau với tỉ lệ 18,5%, mức độ nặng có tỉ lệ 7,4% và mức độ rất nặng có tỉ lệ 3,7%.

Khảo sát sự liên quan giữa sự thay đổi động học dòng khí lưu qua mũi bằng đo khí áp mũi trước chủ động và mức độ giảm khứu giác bằng Sniffin' Sticks Test. Trong số những người không tắc nghẽn mũi có 3,9% mất khứu, 34,6% giảm khứu, 61,5% bình khứu. 100% người tắc nghẽn mũi mức độ trung bình bị giảm khứu.

Phân độ giảm khứu giác ở những người không tắc nghẽn mũi: 15,4% mức độ nhẹ, 19,2% mức độ trung bình, 7,7% mức độ nặng, 3,9% mức độ rất nặng. 100% người tắc nghẽn mũi mức độ trung bình bị giảm khứu giác mức độ nhẹ.

Không có sự liên quan giữa sự thay đổi động học dòng khí lưu qua mũi bằng đo khí áp mũi trước chủ động với mức độ giảm khứu giác đo bằng Sniffin' Sticks Test ($p > 0,05$; tương quan Spearman).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $37,56 \pm 10,64$ tương đồng với nghiên cứu của Quân Thành Nam thực hiện tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 5/2021 đến tháng 4/2023 trên 63 người bệnh được phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn.

Độ tuổi thường gặp nhất là từ 21 – 50 tuổi khá tương đồng với nghiên cứu của Mostafa El-Taher và cộng sự ở độ tuổi từ 18 – 47 tuổi [6].

Tỉ lệ nam và nữ trong nghiên cứu (66,67% với 33,3%) tương tự trong nghiên cứu của Dandan Feng và cộng sự[7], thực hiện tại Bệnh viện của Đại học Y Trùng Khánh, Trung Quốc trên 150 bệnh nhân (100 nam và 50 nữ) trước phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn.

Tỉ lệ nam nữ của mẫu nghiên cứu cũng gần như tương đồng với nghiên cứu hồi cứu trên 681 phim CT Scan mũi xoang của tác giả Gisma Ahmed Madani và cộng sự[8] được thực hiện từ năm 2020 đến 2022 với 420 nam (61.7%) và 261 nữ (38.3%).

Veo vách ngăn trái chiếm tỉ lệ cao nhất 55,6%, tiếp theo là veo vách ngăn phải với tỉ lệ 44,4%. Kết quả này gần giống với kết quả của tác giả Vinodhini Periyasamy và cộng sự[9] (n = 920).

Kết quả phân loại veo vách ngăn theo hệ thống Mladina của nghiên cứu khác với tác giả Hatice Güzelkürk Akay và cộng sự[10] (n= 40) với loại 3 (65%) và loại 2 (20%) là thường gặp nhất, loại 4 chiếm 10%, loại 1 chiếm 5%, ác loại Mladina 5, 6 và 7 không được ghi nhận. Ngoài ra, tỉ lệ veo vách ngăn theo hệ thống phân loại của Mladina của chúng tôi cũng khác với Süheyl Haytoğlu và cộng sự[11] là: phổ biến nhất là loại 2 (20,7%) và 1 (19,0%), tiếp theo là loại 3 và 5 (cả hai đều chiếm 16,4%).

Khảo sát sự thay đổi động học dòng khí lưu qua mũi bằng phương pháp khách quan đo khí áp mũi trước chủ động. Giá trị trung bình của trở kháng đường thở là $0,688 \pm 0,625$; khác với kết quả đo ($0,43 \pm 0,16$) của Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự[12] thực hiện trên người bệnh veo thấp mũi sau chấn thương. Điều này lý giải do tiền sử chấn thương mũi là tiêu chuẩn loại trừ trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi và đối tượng nghiên cứu phải có triệu chứng nghẹt mũi nên giá trị trở kháng sẽ cao hơn. Ngoài ra, giá trị trung bình của trở kháng đường thở hai bên hốc mũi của mẫu nghiên cứu chúng tôi cao hơn kết quả ($0,39 \pm 0,31$) của H.C. Hsu và cộng s (n = 50)[13]. So sánh với kết quả nghiên cứu của Konstantinos Valsamidis[1] và cộng sự với nghiên cứu của chúng tôi thì giá trị

trung bình trở kháng đường thở qua hai bên hốc mũi của họ ($0,41 \pm 0,26$) thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi ($0,688 \pm 0,625$).

Đánh giá khứu giác bằng Sniffin' Sticks Test. So sánh kết quả nghiên cứu của Konstantinos Valsamidis và cộng sự[1] thực hiện trên 60 người bệnh bị nghẹt mũi và veo vách ngăn với nghiên cứu của chúng tôi: giá trị trung bình của điểm T ($7,05 \pm 3,69$), D ($11,18 \pm 2,61$), I ($11,22 \pm 2,25$), TDI ($29,46 \pm 6,81$) của nghiên cứu chúng tôi cao hơn giá trị trung bình của nghiên cứu họ lần lượt là điểm T ($4,78 \pm 2,88$), D ($9 \pm 2,76$), I ($10,08 \pm 1,69$), TDI ($23,87 \pm 4,28$).

Giá trị trung bình của điểm T, D, I và tổng điểm TDI của nữ cao hơn nam trong nghiên cứu của Oleszkiewicz và cộng sự[5] (n = 9139) và cao hơn nghiên cứu của Sorokowski và cộng sự[14] (n = 8848). Có thể giải thích sự khác biệt này do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên đối tượng trước phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn và cỡ mẫu của nghiên cứu của tôi nhỏ (n = 27) nên không đưa ra được kết quả có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của chúng tôi có những hạn chế như sau. Thứ nhất cỡ mẫu nghiên cứu (n = 27) nhỏ nên chưa đưa ra được kết quả chính xác có ý nghĩa thống kê. Mặt khác, Sniffin's Sticks Test chưa được chuẩn hóa cho dân số Việt Nam vì vậy rất cần thiết có những nghiên cứu tương lai giải quyết vấn đề này. Mặt khác số ca phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn đơn thuần quá ít nên chưa thể đánh giá một cách chính xác ảnh hưởng veo vách ngăn lên chức năng khứu giác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu chỉ ra rằng không có sự liên quan giữa sự thay đổi động học dòng khí lưu qua mũi với mức độ giảm khứu giác của người bệnh trước phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 82/2025/HĐ-ĐHYD ngày 17/4/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Valsamidis K, Printza A, Titelis K, et al. Olfaction and quality of life in patients with nasal septal deviation treated with septoplasty. Am J Otolaryngol. 2019;40(5):747-754.
2. Rebholz H, Braun RJ, Ladage D, et al. Loss of Olfactory Function-Early Indicator for Covid-19, Other Viral Infections and Neurodegenerative Disorders. Front Neurol. 2020;11:569333.
3. Schubert CR, Fischer ME, Pinto AA, et al. Sensory Impairments and Risk of Mortality in Older Adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2017;72(5):710-715.

4. **Vogt K, Bachmann-Harildstad G, Lintermann A, et al.** The new agreement of the international RIGA consensus conference on nasal airway function tests. *Rhinology*. 2018;56(2):133-143.
5. **Oleszkiewicz A, Schriever VA, Croy I, et al.** Updated Sniffin' Sticks normative data based on an extended sample of 9139 subjects. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2019;276(3):719-728.
6. **El-Taher M, AbdelHameed WA, Alam-Eldeen MH, et al.** Coincidence of Concha Bullosa with Nasal Septal Deviation; Radiological Study. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;71(Suppl 3):1918-1922.
7. **Feng D, Yang Y, Liu J, et al.** Short report: nasal obstruction recovery after septoplasty in patients with nasal septal deviation affected by anxiety and depression. *Psychol Health Med*. 2022;27(7):1627-1636.
8. **Madani GA, El-Din WAN, Essawy AS, et al.** Nasal septal anatomical variations among Saudi population and their possible coincidence with sinusitis: a computed tomography scan study. *Anat Cell Biol*. 2022;55(4):423-432.
9. **Periyasamy V, Bhat S, Sree Ram MN.** Classification of Naso Septal Deviation Angle and its Clinical Implications: A CT Scan Imaging Study of Palakkad Population, India. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;71(Suppl 3):2004-2010.
10. **Güzelküçük Akay H, Bayar Muluk N, Inal M, et al.** Evaluation of Olfactory Sensation, Acoustic Rhinometry, and Quality of Life of the Patients With Nasal Septal Deviation. *J Craniofac Surg*. 2019;30(4):1221-1227.

CHẤN THƯƠNG BÌU TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY: PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Thái Kinh Luân^{1,2}, Phạm Hoàng Vũ¹, Ngô Xuân Thái^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chấn thương bìu tại Bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2019-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả, phân tích 107 TH chấn thương và vết thương bìu được điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2019 đến 01/2024. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân $37,5 \pm 15,2$ tuổi, nhóm tuổi 19 - 35 chiếm đa số. Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu (71%). Các dạng tổn thương phổ biến nhất là tổn thương xuyên thấu (56,1%) và đụng dập/tụ máu dưới da (25,2%). Chấn thương đụng dập chủ yếu được điều trị nội khoa (81,5%), trong khi vết thương xuyên thấu và vỡ tinh hoàn gần như luôn cần can thiệp ngoại khoa (83,3% và 100%). Phẫu thuật thám sát, cắt lọc và khâu bao trắng tinh hoàn được ưu tiên nhằm bảo tồn chức năng. Biến chứng sớm hiếm gặp, chủ yếu là tụ máu (7,1%) và nhiễm trùng vết mổ (3,7%). **Kết luận:** Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu gây chấn thương bìu tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Điều trị nội khoa phù hợp cho các tổn thương nhẹ, trong khi các tổn thương nặng hơn cần can thiệp ngoại khoa kịp thời để tối đa hóa khả năng bảo tồn tinh hoàn và phục hồi thẩm mỹ. **Từ khóa:** Chấn thương bìu, Vỡ tinh hoàn, Phẫu thuật bảo tồn, Tổn thương xuyên thấu, Tái tạo bìu.

SUMMARY

SCROTAL TRAUMA AT CHO RAY HOSPITAL:

¹Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Thái Kinh Luân

Email: thaikinhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

AN ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES

Background: Scrotal and testicular injuries, though relatively rare, can result in significant functional and cosmetic consequences. These injuries most commonly affect young, physically active males and require prompt diagnosis and tailored management to ensure organ preservation and optimal outcomes. **Objective:** To analyze the epidemiological and clinical characteristics and to evaluate the treatment outcomes of scrotal trauma at Cho Ray Hospital from 2019 to 2024. **Materials and Methods:** A descriptive retrospective study was conducted on 107 patients with scrotal trauma and injuries treated at the Department of Urology, Cho Ray Hospital, from January 2019 to January 2024. Data was analyzed using Stata 14 software. **Results:** The mean age of patients was 37.5 ± 15.2 years, with the 19-35 age group being the most prevalent. Traffic accidents were the leading cause (71%). The most common types of injuries were penetrating injuries (56.1%) and contusions/subcutaneous hematomas (25.2%). Blunt scrotal trauma was managed conservatively (81.5%), while penetrating injuries and testicular ruptures always required surgical intervention (83.3% and 100%). Scrotal exploration, debridement, and tunica albuginea repair were prioritized to preserve function. Early complications were rare, hematoma (7.1%) and wound infection (3.7%). **Conclusion:** Traffic accidents were the leading cause of scrotal trauma at Cho Ray Hospital. Conservative management is suitable for minor injuries, whereas more severe injuries require timely surgical intervention to maximize the potential for testicular preservation and cosmetic recovery.

Keywords: Scrotal trauma, Testicular rupture, Surgical management, Penetrating injury, Scrotal reconstruction.