KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI DƯỚI BẢO TỒN NIÊM MẠC Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM MŨI MẠN TÍNH QUÁ PHÁT

Mai Sỹ Bình[1], Võ Thành Quang[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới bảo tồn niêm mạc ở người bệnh viêm mũi mạn tính quá phát.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 51 người bệnh được phẫu thuật tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện 19-8, từ tháng 10/2025 đến tháng 7/2026. Người bệnh được đánh giá trước phẫu thuật, khi ra viện và sau 4, 8, 12 tuần bằng thang điểm NOSE, VAS, gương Glatzel và nội soi mũi.

Kết quả: Tuổi trung bình là 33,01 ± 12,07; nam giới chiếm 70,6%. Tất cả người bệnh có tắc nghẽn mũi mức nặng hoặc rất nặng theo NOSE; điểm NOSE trước phẫu thuật là 81,37 ± 9,43. Quá phát cuốn dưới độ III chiếm 72,5%; phẫu thuật hai bên chiếm 82,4%. Sau 12 tuần, điểm NOSE giảm còn 3,14 ± 3,99; VAS giảm từ 6,63 ± 0,97 khi ra viện còn 0,43 ± 0,75; chỉ số Glatzel tăng từ 3,25 ± 0,73 cm trước phẫu thuật lên 8,87 ± 0,62 cm (p < 0,001 giữa các thời điểm). Liền niêm mạc tốt đạt 98,0%, cuốn mũi nhỏ và khe mũi thông thoáng đạt 98,0%; 98,0% không dính. Kết quả chung tốt đạt 92,2%. Chảy máu sau mổ, phù nề nhiều và nhiễm trùng lần lượt gặp ở 9,8%, 11,8% và 2,0%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới bảo tồn niêm mạc cải thiện rõ triệu chứng, thông khí mũi và hình ảnh nội soi sau 12 tuần, với tỷ lệ kết quả tốt cao.

Từ khóa: Quá phát cuốn mũi dưới; chỉnh hình cuốn mũi; bảo tồn niêm mạc; NOSE; Glatzel

SUMMARY

OUTCOMES OF ENDOSCOPIC MUCOSA-PRESERVING INFERIOR TURBINOPLASTY IN PATIENTS WITH CHRONIC HYPERTROPHIC RHINITIS

Objective: To describe clinical characteristics and evaluate outcomes of endoscopic mucosa-preserving inferior turbinoplasty in patients with chronic hypertrophic rhinitis.

Subjects and methods: A descriptive case series included 51 patients undergoing surgery at the Department of Otorhinolaryngology, Hospital 19-8, from October 2025 to July 2026. Patients were assessed preoperatively, at discharge, and 4, 8, and 12 weeks after surgery using the Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale, visual analogue scale (VAS), Glatzel mirror, and nasal endoscopy.

Results: Mean age was 33.01 ± 12.07 years and 70.6% were men. All patients had severe or extreme obstruction according to the preoperative NOSE score (81.37 ± 9.43). Grade III inferior turbinate hypertrophy accounted for 72.5%, and 82.4% underwent bilateral surgery. At week 12, mean NOSE score decreased to 3.14 ± 3.99; VAS decreased from 6.63 ± 0.97 at discharge to 0.43 ± 0.75; and the Glatzel index increased from 3.25 ± 0.73 cm preoperatively to 8.87 ± 0.62 cm (p < 0.001 across follow-up intervals). Good mucosal healing, a reduced turbinate with a patent nasal passage, and absence of adhesions were observed in 98.0%, 98.0%, and 98.0%, respectively. Good overall outcomes were achieved in 92.2%. Postoperative bleeding, marked edema, and infection occurred in 9.8%, 11.8%, and 2.0%, respectively.

Conclusion: Endoscopic mucosa-preserving inferior turbinoplasty markedly improved symptoms, nasal airflow, and endoscopic findings after 12 weeks, with a high rate of good outcomes.

Keywords: Inferior turbinate hypertrophy; turbinoplasty; mucosal preservation; NOSE; Glatzel

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi mạn tính quá phát cuốn mũi dưới là một nguyên nhân quan trọng của tắc nghẽn mũi kéo dài. Cuốn mũi dưới tham gia điều hòa luồng khí, làm ấm, làm ẩm và lọc không khí; vì vậy tình trạng tăng thể tích niêm mạc, mô dưới niêm mạc hoặc xương cuốn có thể làm tăng sức cản hốc mũi và ảnh hưởng rõ đến giấc ngủ, lao động và chất lượng cuộc sống. Người bệnh thường được điều trị ban đầu bằng rửa mũi, corticosteroid tại chỗ, thuốc kháng histamin khi có yếu tố dị ứng và kiểm soát tác nhân kích thích. Khi tắc nghẽn vẫn tồn tại sau điều trị nội khoa thích hợp, can thiệp

[1]Bệnh viện 19-8 Bộ Công an
[2]Bệnh viện Việt Pháp Hà Nội
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Mai Sỹ Bình
Email: bstaimuihongkhamnhi@gmail.com
Mã bài: N902
Ngày nhận bài: 22/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 20/6/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

giảm thể tích cuốn mũi dưới được cân nhắc.

Nhiều kỹ thuật đã được sử dụng, từ cắt cuốn bán phần đến đốt điện dưới niêm mạc, sóng cao tần, coblation, microdebrider và chỉnh hình cuốn dưới. Tổng quan hệ thống của Zhang và cộng sự trên 62 nghiên cứu cho thấy các kỹ thuật đều cải thiện tắc nghẽn mũi; các phương pháp có dữ liệu sinh lý đầy đủ còn làm giảm sức cản và tăng luồng khí mũi [1]. Tuy nhiên, lấy bỏ mô quá mức có thể gây chảy máu, khô mũi, tạo vảy và rối loạn chức năng. Vì vậy, xu hướng hiện nay là giảm thể tích nhưng duy trì tối đa lớp niêm mạc chức năng.

Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới cho phép quan sát trực tiếp trường mổ, bóc tách tổ chức dưới niêm mạc và kiểm soát chảy máu. Các báo cáo trong nước cho thấy cải thiện rõ điểm NOSE, VAS và chỉ số Glatzel sau phẫu thuật [2]-[5]. Dù vậy, kết quả phụ thuộc vào kỹ thuật, tiêu chuẩn lựa chọn, mức độ quá phát và thời gian theo dõi; dữ liệu tại từng cơ sở vẫn cần được bổ sung.

Tại Bệnh viện 19-8, phẫu thuật chỉnh hình cuốn mũi dưới bảo tồn niêm mạc đã được triển khai nhưng chưa có đánh giá hệ thống. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm: Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh viêm mũi mạn tính quá phát cuốn mũi dưới có chỉ định phẫu thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới bảo tồn niêm mạc sau 12 tuần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 51 người bệnh được phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới bảo tồn niêm mạc tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện 19-8, từ tháng 10/2025 đến tháng 7/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: chẩn đoán quá phát cuốn mũi dưới có chỉ định phẫu thuật do ngạt mũi không cải thiện sau điều trị nội khoa; nội soi quá phát độ II hoặc III theo phân loại Friedman; có đủ hồ sơ, được khám lại khi ra viện và sau 4, 8, 12 tuần:

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không được phẫu thuật theo kỹ thuật bảo tồn niêm mạc, không đủ theo dõi, có bệnh nội khoa nặng hoặc rối loạn đông máu, hoặc hồ sơ thiếu thông tin.

2.2. Thiết kế và chọn mẫu

Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh, chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Các mốc đánh giá gồm trước phẫu thuật, khi ra viện và 4, 8, 12 tuần sau phẫu thuật.

2.3. Biến số và tiêu chí đánh giá

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, bệnh lý kèm theo, tiền sử sử dụng thuốc co mạch

- Các triệu chứng lâm sàng: Ngạt mũi, chảy mũi, mất mùi

- Triệu chứng nội soi: Đánh giá mức độ quá phát

- Mức độ tắc nghẽn được đánh giá bằng thang NOSE 0-100 điểm; ngạt chủ quan bằng VAS 0-10 điểm;

Thông khí bằng chiều dài vệt hơi nước trên gương Glatzel.

Kết quả phẫu thuật gồm bên phẫu thuật, phẫu thuật đơn thuần hoặc phối hợp chỉnh hình vách ngăn, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và biến chứng. Sau mổ đánh giá NOSE, VAS, Glatzel; liền niêm mạc, tình trạng cuốn mũi, phù nề, xuất tiết, vảy, loét và dính qua nội soi.

Kết quả chung được phân loại tốt, trung bình hoặc kém dựa trên mức giảm VAS và NOSE, hình ảnh nội soi, dính và biến chứng

2.4. Xử lý số liệu và đạo đức nghiên cứu

Số liệu được xử lý bằng SPSS 26.0.

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 51)

Đặc điểm	Phân nhóm/chỉ số	n	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	36	70,6
	Nữ	15	29,4

Đặc điểm	Phân nhóm/chỉ số	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	≤ 20	6	11,8
	21-45	37	72,5
	46-59	7	13,7
	≥ 60	1	2,0
	Trung bình ± SD (min-max)		33,01 ± 12,07 (19-65)
Bệnh lý kèm theo*	Viêm mũi dị ứng	24	47,1
	Dị dạng vách ngăn	23	45,1
	Cả hai bệnh lý	12	23,5
Thuốc co mạch	Sử dụng ≥ 7 ngày	27	52,9
	Có đáp ứng	46	90,2

Nhận xét: Người bệnh chủ yếu là nam và thuộc nhóm 21-45 tuổi; viêm mũi dị ứng và dị dạng vách ngăn đều thường gặp.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và nội soi trước phẫu thuật

Nhóm đặc điểm	Biểu hiện	n	Tỷ lệ (%)
Nghẹt mũi	Bên trái	48	94,1
	Bên phải	50	98,1
Chảy mũi	Bên trái	21	41,2
	Bên phải	23	45,1
Ngứa mũi	Bên trái	21	41,2
	Bên phải	23	45,1
Mất mùi	Bên trái	2	3,9
	Bên phải	2	3,9
Nội soi cuốn dưới	Quá phát độ II bên trái	14	27,5
	Quá phát độ III bên trái	37	72,5
	Quá phát độ II bên phải	14	27,5
	Quá phát độ III bên phải	37	72,5

Nhận xét: Nghẹt mũi là triệu chứng nổi bật; quá phát cuốn dưới độ III chiếm ưu thế ở cả hai bên.

Bảng 3. Mức độ tắc nghẽn và thông khí mũi trước phẫu thuật

Chỉ số	Phân loại/giá trị	n	Tỷ lệ (%)
NOSE	Nặng	21	41,2
	Rất nặng	30	58,8
	Trung bình ± SD (min-max)		81,37 ± 9,43 (65-95)
Glatzel	Ngạt nhẹ	12	23,5
	Ngạt vừa	19	37,3
	Ngạt nặng	20	39,2
	Trung bình ± SD (min-max), cm		3,25 ± 0,73 (2,1-5,1)

Nhận xét: Tất cả người bệnh tắc nghẽn mức nặng hoặc rất nặng theo NOSE; 76,5% ngạt vừa hoặc nặng theo Glatzel.

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật

Chỉ số	Phân nhóm/giá trị	n	Tỷ lệ (%)
Bên phẫu thuật	Bên trái	2	3,9
	Bên phải	7	13,7
	Cả hai bên	42	82,4
Phương pháp	Chỉnh hình cuốn dưới đơn thuần	28	54,9
	Phối hợp chỉnh hình vách ngăn	23	45,1
Thời gian phẫu thuật	Một bên trái, phút		9,50 ± 0,70
	Một bên phải, phút		31,71 ± 3,91
	Hai bên, phút		46,36 ± 8,99
Lượng máu mất	Ít	45	88,2
	Vừa	6	11,8

Nhận xét: Phẫu thuật hai bên chiếm ưu thế; phần lớn trường hợp mất máu ít.

Bảng 5. Thay đổi điểm NOSE, VAS và chỉ số Glatzel theo thời gian

Chỉ số	Trước mổ/ra viện*	Tuần 4	Tuần 8	Tuần 12
NOSE, trung bình ± SD	81,37 ± 9,43	37,65 ± 11,76	9,51 ± 6,87	3,14 ± 3,99
VAS, trung bình ± SD	6,63 ± 0,97*	3,69 ± 1,09	1,14 ± 1,00	0,43 ± 0,75
Glatzel, cm, trung bình ± SD	3,25 ± 0,73	6,70 ± 0,99	8,07 ± 0,91	8,87 ± 0,62

Nhận xét: Triệu chứng chủ quan giảm rõ, đồng thời thông khí Glatzel tăng liên tục đến tuần thứ 12.

Bảng 6. Diễn biến nội soi sau phẫu thuật

Đặc điểm, n (%)	Sau mổ	Tuần 4	Tuần 8	Tuần 12
Liền niêm mạc tốt	0 (0,0)	36 (70,6)	48 (94,1)	50 (98,0)
Niêm mạc cuốn dưới tốt	0 (0,0)	33 (64,7)	48 (94,1)	49 (96,1)
Vảy mũi	0 (0,0)	7 (13,7)	3 (5,9)	1 (2,0)
Loét niêm mạc	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	1 (2,0)
Xuất tiết	0 (0,0)	14 (27,5)	4 (7,8)	1 (2,0)
Phù nề	51 (100,0)	19 (37,3)	4 (7,8)	1 (2,0)
Cuốn nhỏ, khe thông thoáng	50 (98,0)	50 (98,0)	50 (98,0)	50 (98,0)
Không dính	50 (98,0)	50 (98,0)	50 (98,0)	50 (98,0)

Nhận xét: Phù nề, xuất tiết và vảy mũi giảm dần; tỷ lệ liền niêm mạc tốt đạt 98,0% sau 12 tuần.

Bảng 7. Biến chứng và kết quả phẫu thuật

Nhóm chỉ số	Kết quả	n	Tỷ lệ (%)
Trong phẫu thuật	Chảy máu	13	25,5
	Rách niêm mạc	4	7,8
	Tổn thương vách ngăn	2	3,9
	Biến chứng gây mê	0	0,0
Sau phẫu thuật	Chảy máu	5	9,8
	Nhiễm trùng	1	2,0
	Phù nề nhiều	6	11,8
Kết quả chung	Tốt	47	92,2
	Trung bình	3	5,9
	Kém	1	2,0

Nhận xét: Kết quả tốt chiếm 92,2%; biến chứng chủ yếu tại chỗ và không ghi nhận biến chứng gây mê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh và mức độ bệnh trước phẫu thuật

Tuổi trung bình của người bệnh là 33,01 ± 12,07; nhóm 21-45 tuổi chiếm 72,5% và nam giới chiếm 70,6%. Cơ cấu này cho thấy phẫu thuật chủ yếu được thực hiện ở người trẻ và tuổi lao động, là nhóm mà ngạt mũi kéo dài có thể ảnh hưởng rõ đến giấc ngủ, học tập và công việc.

Viêm mũi dị ứng gặp ở 47,1%, dị dạng vách ngăn ở 45,1% và 23,5% có đồng thời cả hai. Viêm dị ứng gây xung huyết, phù nề niêm mạc kéo dài; dị dạng vách ngăn làm thay đổi luồng khí và có thể gây quá phát bù trừ cuốn dưới. Gần một nửa số người bệnh có bất thường vách ngăn cũng giải thích việc 45,1% được chỉnh hình vách ngăn phối hợp.

Có 52,9% người bệnh sử dụng thuốc co mạch từ 7 ngày trở lên, trong khi 90,2% còn đáp ứng với nghiệm pháp co mạch. Tỷ lệ sử dụng kéo dài cho thấy nhu cầu cải thiện nhanh triệu chứng và nguy cơ tự dùng thuốc. Đáp ứng cao gợi ý thành phần xung huyết vẫn đáng kể, nhưng chỉ định phẫu thuật trong nghiên cứu dựa trên ngạt mũi dai dẳng, quá phát độ II-III và thất bại với điều trị nội khoa, chứ không dựa riêng vào nghiệm pháp co mạch.

Nghẹt mũi gặp ở 94,1% bên trái và 98,1% bên phải; quá phát độ III chiếm 72,5% ở cả hai bên. Điểm NOSE trung bình 81,37 ± 9,43 và toàn bộ người bệnh ở mức nặng hoặc rất nặng. Glatzel trung bình chỉ 3,25 ± 0,73 cm; 76,5% ngạt vừa hoặc nặng. Sự phù hợp giữa triệu chứng chủ quan, phân độ nội soi và chỉ số thông khí khách quan cho thấy nhóm nghiên cứu có tắc nghẽn đáng kể trước phẫu thuật. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Trường và cộng sự cũng tuyển người bệnh không đáp ứng nội khoa và ghi nhận toàn bộ trường hợp ngạt vừa hoặc nặng theo Glatzel trước mổ [2].

Thang NOSE được xây dựng để lượng hóa ảnh hưởng của tắc nghẽn mũi trên năm tình huống thường gặp và đã được thẩm định về độ tin cậy, tính giá trị và khả năng đáp ứng với thay đổi sau điều trị [8].

4.2. Đặc điểm phẫu thuật và hồi phục niêm mạc

Phẫu thuật hai bên chiếm 82,4%, phù hợp với tính chất lan tỏa của viêm niêm mạc mạn tính. Quản Thành Nam và cộng sự ghi nhận tỷ lệ phẫu thuật hai bên 79,5% trên 39 người bệnh [3], gần với kết quả hiện tại.

Kỹ thuật của nghiên cứu bóc tách niêm mạc, lấy xương cuốn dưới có kiểm soát rồi đặt lại vạt niêm mạc. Cách tiếp cận này trực tiếp làm giảm thành phần xương và mô dưới niêm mạc, đồng thời giữ bề mặt chức năng. So với coblation hoặc

sóng cao tần, phẫu thuật bóc tách có thể cần thời gian và kiểm soát chảy máu nhiều hơn, nhưng cho phép xử lý chính xác cuốn quá phát rõ. Trần Anh Tuấn và Phan Thị Tâm Đan ghi nhận kỹ thuật Coblator có thời gian ngắn và ít tạo vảy [5];

Thời gian phẫu thuật tăng theo phạm vi can thiệp: 9,50 ± 0,70 phút ở hai ca bên trái, 31,71 ± 3,91 phút ở bảy ca bên phải và 46,36 ± 8,99 phút ở nhóm hai bên. Trong khi đó, Nguyễn Văn Trường và cộng sự báo cáo thời gian trung bình 14,8 ± 2,30 phút với tạo hình vạt [2]. Khác biệt có thể do kỹ thuật, mức độ tổn thương, phạm vi can thiệp, cách tính thời gian và kinh nghiệm phẫu thuật viên.

Có 88,2% trường hợp mất máu ít, không có mất máu nhiều. Dù vậy, chảy máu trong mổ được ghi nhận ở 25,5%, cho thấy cần phân biệt giữa sự xuất hiện chảy máu và mức độ mất máu. Cuốn dưới có hệ mạch phong phú; bóc tách đúng lớp, bảo tồn niêm mạc và cầm máu chủ động giúp duy trì phẫu trường và hạn chế biến chứng.

Diễn biến nội soi chứng minh quá trình lành thương tiến triển theo thời gian. Phù nề có ở toàn bộ người bệnh ngay sau phẫu thuật, còn 37,3% sau 4 tuần và 2,0% sau 12 tuần. Liền niêm mạc tốt tăng từ 70,6% ở tuần 4 lên 98,0% ở tuần 12; vảy và xuất tiết đều chỉ còn 2,0% tại mốc cuối. Nguyễn Văn Trường và cộng sự ghi nhận lành thương tốt đạt 100% sau 1 và 3 tháng [2]; Ngô Hoàng Gia và Châu Chiêu Hòa cũng báo cáo 96,0% cuốn dưới thu nhỏ và 100% lành thương tốt sau 3 tháng [4].

Tỷ lệ cuốn nhỏ, khe thông thoáng và không dính cùng đạt 98,0% từ khi ra viện đến tuần 12.

4.3. Cải thiện triệu chứng và thông khí mũi

Điểm NOSE giảm từ 81,37 ± 9,43 trước phẫu thuật xuống 37,65 ± 11,76 sau 4 tuần, 9,51 ± 6,87 sau 8 tuần và 3,14 ± 3,99 sau 12 tuần. Tại tuần 12, toàn bộ người bệnh không ngạt hoặc chỉ ngạt nhẹ theo NOSE. Quản Thành Nam và cộng sự ghi nhận NOSE giảm từ 85,6 xuống 29,7 sau 1 tháng và 13,8 sau 3 tháng [3]; Nguyễn Văn Trường và cộng sự cũng cho thấy cải thiện có ý nghĩa sau phẫu thuật [2]. Điểm tuần 12 của nghiên cứu hiện tại thấp hơn, có thể do khác biệt kỹ thuật, mức độ ban đầu, điều trị phối hợp và cách theo dõi.

Điểm VAS giảm từ 6,63 ± 0,97 khi ra viện xuống 0,43 ± 0,75 sau 12 tuần.

Chỉ số Glatzel tăng từ 3,25 ± 0,73 cm trước phẫu thuật lên 6,70 ± 0,99 cm sau 4 tuần và 8,87 ± 0,62 cm sau 12 tuần. Sự cải thiện khách quan này song hành với NOSE, VAS và nội soi. Zhang và cộng sự tổng hợp 62 nghiên cứu, cho thấy các kỹ thuật giảm thể tích cuốn dưới không chỉ cải thiện VAS mà còn tăng luồng khí và thể tích hốc mũi [1]. Park và cộng sự cũng ghi nhận lợi ích duy trì dài hạn ở người bệnh viêm mũi dị ứng [6].

4.4. Biến chứng, kết quả chung

Biến chứng trong mổ chủ yếu là chảy máu (25,5%), rách niêm mạc (7,8%) và tổn thương vách ngăn (3,9%); không có biến chứng gây mê. Sau mổ, phù nề nhiều, chảy máu và nhiễm trùng lần lượt gặp ở 11,8%, 9,8% và 2,0%. Tỷ lệ chảy máu sau mổ tương đương khoảng dao động 7,5% được Levy và cộng sự ghi nhận khi so sánh nhiều kỹ thuật giảm cuốn dưới [7]. Phần lớn biến cố trong nghiên cứu là tại chỗ.

Kết quả chung tốt đạt 92,2%, trung bình 5,9% và kém 2,0%. Tỷ lệ này gần báo cáo 92,0% của Ngô Hoàng Gia và Châu Chiêu Hòa [4] và phù hợp với bằng chứng tổng hợp rằng nhiều kỹ thuật đều cải thiện tắc nghẽn [1]. Kết quả thuận lợi được hỗ trợ bởi 98,0% khe mũi thông thoáng, 98,0% không dính và mức cải thiện đồng thời của NOSE, VAS, Glatzel.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 51 người bệnh cho thấy viêm mũi mạn tính quá phát cuốn dưới có chỉ định phẫu thuật chủ yếu gặp ở nhóm 21-45 tuổi; nam giới chiếm 70,6%. Tất cả người bệnh tắc nghẽn mức nặng hoặc rất nặng theo NOSE, quá phát độ III chiếm 72,5% và 76,5% ngạt vừa hoặc nặng theo Glatzel.

Sau phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới bảo tồn niêm mạc, điểm NOSE giảm từ 81,37 ± 9,43 trước mổ xuống 3,14 ± 3,99 sau 12 tuần; VAS giảm từ 6,63 ± 0,97 khi ra viện xuống 0,43 ± 0,75; Glatzel tăng từ 3,25 ± 0,73 cm trước mổ lên 8,87 ± 0,62 cm. Sau 12 tuần, liền niêm mạc tốt đạt 98,0%, cuốn nhỏ và khe thông thoáng đạt 98,0%, không dính đạt 98,0%. Kết quả chung tốt là 92,2%. Các biến chứng chủ yếu tại chỗ; không ghi nhận biến chứng gây mê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zhang K, Pipaliya RM, Miglani A, Nguyen SA, Schlosser RJ.** Systematic review of surgical interventions for inferior turbinate hypertrophy. Am J Rhinol Allergy. 2023;37(1):110-122. doi:10.1177/19458924221134555.
2. **Nguyễn Văn Trường, Nguyễn Minh Ngọc, Trương Mạnh Cường, Nguyễn Đức Nhật, Lê Trung Nhật.** 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. 2025;546(2):379-383. doi:10.51298/vmj.v546i2.12675.
3. **Quản Thành Nam, Nghiêm Đức Thuận, Nguyễn Quyết Thắng, Chử Thị Hồng Ninh.** 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. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2024;65(CĐ2-NCKH):87-94. doi:10.52163/yhc.v65iCD2.1016.
4. **Ngô Hoàng Gia, Châu Chiêu Hòa.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm mũi quá phát cuốn mũi dưới bằng máy cắt hút qua nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2022-2024. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;(76):195-201. doi:10.58490/ctump.2024i76.2543.
5. **Trần Anh Tuấn, Phan Thị Tâm Đan.** Đánh giá kết quả điều trị nghẹt mũi do quá phát cuốn mũi dưới bằng điện cực Coblator cắt cuốn EIC6895-01. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(3):31-35. doi:10.51298/vmj.v542i3.11163.
6. **Park SC, et al.** Long-term outcomes of turbinate surgery in patients with allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2023;149(1):15-23. doi:10.1001/jamaoto.2022.3567.
7. **Levy E, et al.** Inferior turbinate reduction: comparing post-operative bleeding between different surgical techniques. J Laryngol Otol. 2022;136(5):427-432. doi:10.1017/S0022215121003297.
8. **Stewart MG, Witsell DL, Smith TL, Weaver EM, Yueh B, Hannley MT.** Development and validation of the Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;130(2):157-163. doi:10.1016/j.otohns.2003.09.016.