

thống kê với $P < 0,05$. Theo nghiên cứu của Chiranjib Nag, Kamalesh Das và cộng sự (2012), thể tích khối máu tụ $>30\text{mL}$ là 29,33%. Có 8% tổng số bệnh nhân cho thấy sự dịch chuyển đường giữa đáng kể $>5\text{mm}$, 18,66% có chảy máu lan rộng trong não thất từ một vị trí khác, 10,66% bị chèn ép não thất do máu tụ, 13,33% có sự kết hợp giữa dịch chuyển đường giữa và lan rộng trong não thất, 5% có tràn máu não thất kèm chèn ép não thất, 10,66% có kết hợp lệch đường giữa và chèn ép thất. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy rằng tình trạng chảy máu lan rộng trong não thất có mối tương quan cao với kết quả bất lợi (tỷ lệ chênh lệch = 7,846, KTC 95% là 2,766 – 22,254, $P < 0,0001$). Hai chỉ số tiên lượng xấu khác là chèn ép não thất đơn thuần (tỷ lệ chênh = 2,700, KTC 95% là 1,619 – 4,669, $P = 0,002$) và chèn ép não thất kết hợp với đè đẩy đường giữa (tỷ lệ chênh = 2,124, KTC 95% là 1,834 – 4,139), $P = 0,025$) [5].

V. KẾT LUẬN

Đột quy xuất huyết não hay gặp là liệt nửa người, rối loạn tri giác, các triệu chứng ít gặp hơn là đau đầu, chóng mặt và nôn, buồn nôn.

Tổn thương thường gặp ở bên trái hơn so với bên phải. Tổn thương nằm ở nhân bào 27,9%, đồi thị 29,5%, thùy 21,3%, thân não 16,4%, tiểu não 4,9%.

Hình ảnh CLVT sọ não cung cấp nhiều thông tin để dự đoán kết điều trị và phục hồi của người bệnh đột quy xuất huyết não. Thể tích khối máu tụ $>30\text{mL}$ và di lệch đường giữa $>5\text{mm}$ là yếu tố tiên lượng xấu và có liên quan đến tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Caceres J.A. và Goldstein J.N.** (2012). Intracranial hemorrhage. Emerg Med Clin North Am, 30(3), 771–794.
2. **Huisman T.A.G.M.** (2005). Intracranial hemorrhage: ultrasound, CT and MRI findings. Eur Radiol, 15(3), 434–440.
3. **Tuyền N.T.N. và Linh P.V.** (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết não tự phát. ctump, (30), 173–178.
4. **Tuấn N.A. và Vân N.T.** (2023). Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học bệnh nhân xuất huyết não-não thất cấp tại khoa cấp cứu Bệnh viện Bạch mai. VMJ, 525(2).
5. **Nag C., Das K., Ghosh M. và cộng sự.** (2012). Prediction of Clinical Outcome in Acute Hemorrhagic Stroke from a Single CT Scan on Admission. N Am J Med Sci, 4(10), 463–467.

CHỈNH HÌNH VAN MŨI BẰNG MẢNH GHÉP SỤN TỰ THÂN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Đức Vượng¹, Võ Hương Duyên¹, Nguyễn Đình Chương¹,
Trần Đình Khả², Nguyễn Thị Kiều Thơ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp van mũi là một trong những nguyên nhân thường gặp gây nghẹt mũi, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Hiện nay có nhiều phương thức điều trị hẹp van mũi. Lựa chọn phương thức điều trị thích hợp tùy theo từng trường hợp bệnh nhân cụ thể. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nam, 45 tuổi, có triệu chứng nghẹt mũi bên phải thường xuyên nhiều năm nay, được chẩn đoán hẹp van mũi phải và vẹo vách ngăn. Bệnh nhân được chỉnh hình vách ngăn và sử dụng phần sụn vách ngăn này để làm mảnh ghép chỉnh hình cấu trúc van mũi. Sau 3 tháng theo dõi, phẫu thuật đạt kết quả tốt, bệnh nhân không còn tình trạng nghẹt mũi và hài lòng

với kết quả cuộc phẫu thuật. **Bàn luận:** Có nhiều phương pháp phẫu thuật chỉnh hình van mũi cho thấy hiệu quả tốt. Chọn lựa phương pháp phẫu thuật và loại mảnh ghép phù hợp là thách thức lớn đối với phẫu thuật viên. Phẫu thuật viên cần nhận định chính xác tình trạng của bệnh nhân, từ đó có thể chọn lựa được phương pháp điều trị phù hợp. Trên ca bệnh này, chỉnh hình van mũi bằng sụn tự thân lấy từ vùng vách ngăn vẹo qua đường mổ hở được xem là tối ưu nhất.

Kết luận: Chỉnh hình van mũi là phương pháp điều trị hẹp van mũi hiệu quả và triệt để. Việc quyết định và thực hiện phẫu thuật chỉnh hình van mũi đòi hỏi quá trình tư vấn cụ thể và sự hợp tác chặt chẽ giữa bác sĩ và bệnh nhân để đạt được hiệu quả cao cả về mặt thẩm mỹ và chức năng. **Từ khóa:** Hẹp van mũi, Chỉnh hình van mũi, Sụn tự thân

¹Đại học Y Dược TPHCM

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kiều Thơ

Email: drkietho@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

treatments for nasal valve collapse. The choice of appropriate treatment methods depends on each specific patient case. **Case report:** A 45-year-old male patient, who has a history of recurrent right-sided nasal congestion for many years, was diagnosed with right nasal valve collapse and a deviated septum. The patient underwent septoplasty and utilized septal cartilage harvested during septoplasty to reconstruct the nasal valve structure. After a 3-month follow-up, the surgery achieved good results, with the patient no longer experiencing nasal congestion and being satisfied with the surgical outcome. **Discussion:** Several surgical methods for nasal valve reconstruction have demonstrated good effectiveness. Choosing the surgical method and type of graft suitable for each patient is a significant challenge for surgeons. Surgeon needs to accurately assess the patient's condition in order to select the appropriate treatment method. In this case, nasal valve reconstruction using autologous cartilage harvested from the deviated septum via an open approach was considered optimal. **Conclusion:** Nasal valve reconstruction is an effective and definitive treatment method for nasal valve collapse. The decision-making and implementation of nasal valve reconstruction surgery require a specific consultation process and close collaboration between the physician and the patient to achieve both aesthetic and functional outcomes. **Keywords:** Nasal valve, Nasal valve collapse, Autologous cartilage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

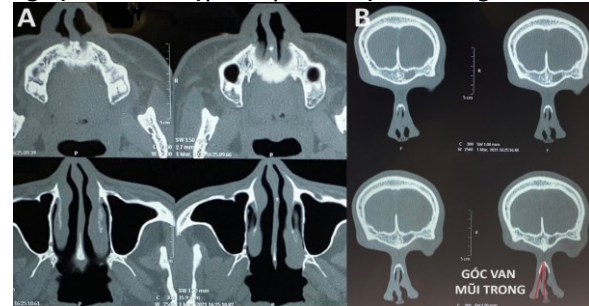
Van mũi (VM) gồm VM ngoài và VM trong. VM ngoài là vùng tiền đình mũi, được giới hạn bởi cánh mũi, vách ngăn và tiểu trụ. VM trong được giới hạn bởi phần đầu cuốn mũi dưới, sụn cánh mũi trên và vách ngăn. Hẹp VM là nguyên nhân thường gặp của nghẹt mũi mạn tính. Hẹp VM gây nhiều ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (BN) [1]. Nguyên nhân gây hẹp VM thường sau chỉnh hình mũi quá mức, chấn thương mũi, do cấu trúc mũi bẩm sinh, liệt dây thần kinh số VII...[2]. Hiện không có xét nghiệm nào được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán hẹp VM. Chẩn đoán hẹp VM chủ yếu dựa vào lâm sàng và hình ảnh học. Nhiều trường hợp hẹp VM trong lâm sàng không được chẩn đoán và điều trị đúng mức. Điều trị bao gồm điều trị nội khoa và can thiệp ngoại khoa tùy thuộc vào mức độ hẹp VM, tính thẩm mỹ và tình trạng của BN. Phẫu thuật chỉnh hình VM là phương pháp điều trị hiệu quả và triệt để. Có nhiều kỹ thuật chỉnh hình VM với hiệu quả khác nhau, việc lựa chọn kỹ thuật chỉnh hình theo từng trường hợp BN.

Trong ca bệnh này, BN có tình trạng nghẹt mũi kéo dài do hẹp VM phải - vẹo vách ngăn. BN mong muốn giảm triệu chứng nghẹt mũi một cách triệt để và lâu dài. Chúng tôi quyết thực hiện chỉnh hình vách ngăn và chỉnh hình VM qua

đường mổ hở. Đường mổ này giúp giải quyết được các bất thường vùng VM cũng như đã được chứng minh về tính hiệu quả, ổn định và an toàn. Sau khi lấy phần vách ngăn vẹo, chúng tôi sử dụng chính phần vách ngăn này để làm mảnh ghép sụn tự thân trong thì chỉnh hình VM để phục hồi cấu trúc VM cho BN. Theo dõi sau mổ cho thấy kết quả tốt, BN không còn nghẹt mũi, hiệu quả thẩm mỹ cao. BN hài lòng với kết quả đạt được sau phẫu thuật.

I. CA LÂM SÀNG

BN nam, 45 tuổi, đến khám vì tình trạng nghẹt mũi. BN than nghẹt mũi phải thường xuyên nhiều năm nay. Mức độ nghẹt mũi theo thang điểm NOSE là 70 điểm [3]. Khám lâm sàng ghi nhận nghiệm pháp Cottle dương tính. Nội soi mũi xoang ghi nhận hẹp VM phải, vẹo vách ngăn mũi. CT scan hàm mặt ghi nhận vẹo vách ngăn mũi (P), góc VM trong 15° (Hình 1). Không ghi nhận tiền căn các bệnh lý khác, tiền căn chấn thương, phẫu thuật trước đây. Triệu chứng nghẹt mũi làm giảm chất lượng cuộc sống và gây ảnh hưởng tới công việc của BN. Với các đặc điểm lâm sàng nêu trên, BN được chẩn đoán nghẹt mũi do hẹp VM phải - vẹo vách ngăn.

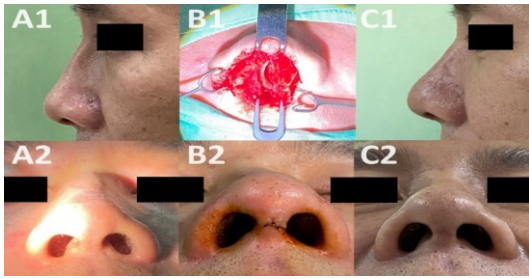


Hình 1. Hình ảnh trên CT scan của bệnh nhân trước phẫu thuật

A: Mặt phẳng ngang. B: Mặt phẳng đứng ngang.

BN có mong muốn điều trị làm giảm triệu chứng nghẹt mũi hiệu quả và lâu dài, mang tính thẩm mỹ. Với mong muốn của BN, chúng tôi quyết định lựa chọn can thiệp phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn và chỉnh hình VM qua đường mổ hở.

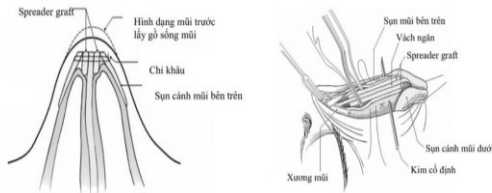
BN được gây mê nội khí quản. Rạch da vùng tiểu trụ theo hình chữ V ngược, sau đó rạch dọc theo bờ dưới sụn cánh mũi bên dưới hai bên. Bộc lộ sụn cánh mũi bên dưới, sụn cánh mũi bên trên, xương chính mũi và ngành lên xương hàm trên hai bên. Bóc tách trụ trong sụn cánh mũi bên dưới hai bên để bộc lộ vách ngăn. Bóc tách dây chằng gian vòm và tách sụn cánh mũi bên trên ra khỏi vách ngăn mũi để bộc lộ toàn bộ phần vách ngăn bị vẹo của BN (Hình 2).



Hình 2. Hình ảnh bệnh nhân

A1-A2: Trước phẫu thuật. B1-B2: Trong phẫu thuật. C1-C2: Sau phẫu thuật.

Rạch đứt sụn vách ngăn theo chữ L: Bảo tồn phần bờ ngoài sụn (phần trước dưới và phần trước trên của sụn vách ngăn) còn lại khoảng 1cm của vách ngăn và lấy toàn bộ phần vách ngăn bị vẹo. Lấy sụn vách ngăn để làm mảnh ghép SG (Spreader graft) hay mảnh ghép mở rộng vách ngăn đặt giữa vách ngăn và sụn cánh mũi bên trên hai bên (Hình 3). Khâu đóng niêm mạc mũi và da hai bên. Băng cố định bên ngoài bằng tấm Aquaplast được nắn theo hình dáng mũi mới.



Hình 3. Cách đặt và cố định mảnh ghép SG [4]

Theo dõi BN sau mổ không ghi nhận các biến chứng. Không chảy máu, không tụ máu, không nhiễm trùng sau mổ. Kết quả sau phẫu thuật, BN thở thông thoáng, tình trạng nghẹt mũi cải thiện rõ rệt, điểm NOSE 25 điểm. Tháp mũi thẳng hơn so với trước phẫu thuật (Hình 2). Kết quả thẩm mỹ tốt và BN hài lòng với kết quả đạt được sau cuộc phẫu thuật.

II. BÀN LUẬN

Hẹp VM là nguyên nhân thường gặp của nghẹt mũi mạn tính. Hẹp VM ước tính xảy ra ở khoảng 13% dân số người da trắng [2]. Nguyên nhân thường gặp nhất gây hẹp VM là chỉnh hình mũi quá mức. Các nguyên nhân khác bao gồm liệt mặt, tuổi già, chấn thương hay các bất thường bẩm sinh [5]. Chưa ghi nhận nhiều báo cáo về hẹp VM trên các tạp chí y học tại nước ta.

Hiện chưa có một xét nghiệm nào được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán hẹp VM. Chẩn đoán hẹp VM chủ yếu dựa vào chẩn đoán lâm sàng và hình ảnh học. Hẹp VM có thể được xác định khi khám lâm sàng bằng soi mũi trước, nghiệm pháp Cottle hoặc nội soi mũi. Thang

điểm NOSE có thể dùng để đánh giá chủ quan mức độ nghẹt mũi [6]. Phương pháp khách quan để khảo sát độ nghẹt mũi là đo khí áp mũi (RM: Rhinomanometry) và đo mũi bằng sóng âm (AR: Acoustic rhinometry). Chụp CT scan để khảo sát cấu trúc giải phẫu mũi và các bệnh lý tại khu vực mũi xoang. Hơn nữa có thể đo góc VM trong trên CT scan để chẩn đoán hẹp VM [7]. Về lâm sàng, ca bệnh của chúng tôi là điển hình cho tình trạng hẹp VM.

BN đến khám với tình trạng nghẹt mũi phải thường xuyên. Mức độ nghẹt mũi theo thang điểm NOSE là 70 điểm. Kết quả này cho thấy BN nghẹt mũi ở mức độ nặng. Khám lâm sàng ghi nhận nghiệm pháp Cottle dương tính. Nội soi mũi xoang ghi nhận hẹp VM phải kèm vẹo vách ngăn mũi. CT scan hàm mặt ghi nhận vẹo vách ngăn mũi (P), góc VM trong 15°. Kết quả thăm khám và hình ảnh học giúp xác định chẩn đoán BN có tình trạng nghẹt mũi do hẹp VM phải – vẹo vách ngăn.

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị hẹp VM bao gồm điều trị nội khoa và can thiệp ngoại khoa. Điều trị nội khoa bao gồm mang dụng cụ nong VM, bơm chất làm đầy, kích thích bằng xung điện. Tuy nhiên các phương pháp điều trị nội khoa đều cho kết quả tạm thời và rất hạn chế [8]. Vì thế chúng tôi không chọn can thiệp bằng phương pháp điều trị nội khoa cho ca bệnh này.

Các lựa chọn thường được sử dụng để phẫu thuật chỉnh hình VM bao gồm kỹ thuật khâu treo và đặt mảnh ghép [2]. Kỹ thuật khâu treo có hiệu quả ngắn hạn do đó hiện trong phẫu thuật chỉnh hình VM, kỹ thuật này không được dùng đơn lẻ mà chỉ dùng phối hợp với các kỹ thuật cố định sụn khác. Kỹ thuật đặt mảnh ghép có hiệu quả cao hơn, có thể được thực hiện qua đường mổ hở hoặc đường mổ kín với các mảnh ghép nhân tạo hoặc mảnh ghép bằng sụn tự thân. Kỹ thuật đặt mảnh ghép sụn tự thân cho hiệu quả chỉnh hình VM hiệu quả nhất, triệt để, lâu dài và không có hiện tượng thải ghép [4]. Mảnh ghép sụn tự thân thường được lấy từ sụn vành tai, sụn vách ngăn hoặc sụn sườn của chính BN. Trên BN này chúng tôi lấy sụn vách ngăn thu được từ phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn làm mảnh ghép sụn tự thân để chỉnh hình VM.

Có 4 loại mảnh ghép được sử dụng nhiều nhất trong chỉnh hình VM là: CSG (Columellar strut graft), ABG (Alar Batten graft), BG (Butterfly graft) và SG (Spreader graft) [2]. Mỗi loại mảnh ghép có ưu điểm và nhược điểm khác nhau. BG có ưu điểm là khả năng mở rộng VM trong và tăng độ vững chắc cho thành bên mũi, tuy nhiên nhược điểm là ảnh hưởng tính thẩm mỹ, làm dày

2/3 giữa sống mũi, có thể tạo thành một điểm gờ có thể sờ thấy được. ABG thường được chọn khi BN có tình trạng hẹp VM kèm sụn cánh mũi mất độ cong, xẹp khi hít vào. CSG được chọn lựa khi có tình trạng chóp mũi yếu, sa hẹp cả VM ngoài. Trong chỉnh hình VM, SG là mảnh ghép phổ biến nhất. Mảnh ghép SG có nhiều ưu điểm là giúp làm thẳng và vững chắc 1/3 giữa sống mũi, giúp làm mở rộng góc VM trong và chống lại áp lực âm làm xẹp thành bên mũi khi hít vào [4]. Dựa vào đặc điểm của các loại mảnh ghép và tình trạng của BN nên chúng tôi quyết định dùng sụn vách ngăn lấy từ chỉnh hình vách ngăn làm mảnh ghép mở rộng vách ngăn hay mảnh ghép SG để chỉnh hình VM cho BN.

Việc chọn lựa đường mổ kín hay hở cũng là điều được chúng tôi cân nhắc. Ưu điểm của đường mổ kín là giảm nguy cơ hình thành sẹo xấu ảnh hưởng thẩm mỹ. Nhược điểm của đường mổ kín là có phẫu trường hạn chế, khó quan sát khi phẫu thuật, sử dụng cũng như cố định mảnh ghép bị hạn chế. Ưu điểm của đường mổ hở giúp quan sát toàn bộ cấu trúc giải phẫu vùng mũi, dễ dàng chỉnh hình cũng như cố định mảnh ghép, đảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất. Nhược điểm của đường mổ hở là có nguy cơ để lại sẹo xấu vùng mũi. Tuy nhiên khi so với các ưu điểm vượt trội kể trên, đây là nhược điểm nhỏ. Chính vì thế chúng tôi quyết định chọn kỹ thuật chỉnh hình VM bằng phương pháp đặt mảnh ghép mở rộng vách ngăn sụn tự thân với đường mổ hở. Trên BN này, sau phẫu thuật không ghi nhận các biến chứng, không chảy máu mũi, không tụ máu, không nhiễm trùng. Kết quả sau phẫu thuật BN hết nghẹt mũi, kết quả thẩm mỹ tốt và BN cảm

thấy hài lòng với kết quả đã đạt được.

III. KẾT LUẬN

Hẹp van mũi là nguyên nhân thường gặp của nghẹt mũi mạn tính. Chỉnh hình van mũi là phương pháp điều trị hẹp van mũi hiệu quả và triệt để. Việc quyết định và thực hiện phẫu thuật chỉnh hình van mũi đòi hỏi quá trình tư vấn cụ thể và sự hợp tác chặt chẽ giữa bác sĩ và bệnh nhân để đạt được hiệu quả cao cả về mặt thẩm mỹ và chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wittkopf, M., J. Wittkopf, and W.R. Ries, The diagnosis and treatment of nasal valve collapse. Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery, 2008. 16(1): p. 10-13.
2. Sinkler, M.A., et al., Surgical Management of the Internal Nasal Valve: A Review of Surgical Approaches. Aesthetic Plast Surg, 2021. 45(3): p. 1127-1136.
3. Stewart, M.G., et al., Development and validation of the Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale. Otolaryngol Head Neck Surg, 2004. 130(2): p. 157-63.
4. Nguyễn, T.T.T., Chỉnh hình van mũi qua đường mổ hở điều trị nghẹt mũi.
5. Samra, S., et al., Surgical Management of Nasal Valve Collapse. Otolaryngol Clin North Am, 2018. 51(5): p. 929-944.
6. Shastri, K., et al., Normative Values of the Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale. Facial Plast Surg Aesthet Med, 2023. 25(1): p. 35-39.
7. Poetker, D.M., et al., Computed tomography technique for evaluation of the nasal valve. Arch Facial Plast Surg, 2004. 6(4): p. 240-3.
8. Wittkopf, M., J. Wittkopf, and W.R. Ries, The diagnosis and treatment of nasal valve collapse. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2008. 16(1): p. 10-3.

CƯỜNG CẬN GIÁP NGUYÊN PHÁT DO U TUYẾN TUYẾN CẬN GIÁP VÀ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ XẢY RA ĐỒNG THỜI: MỘT CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP

Nguyễn Xuân Tuấn^{1,2}, Nguyễn Thái Hà Dương¹, Phan Hồng Minh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư tuyến giáp là ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết. Cường tuyến cận giáp cũng là tình trạng bệnh nội tiết thường gặp. Khoảng 80%

bệnh nhân cường cận giáp nguyên phát do có u tuyến cận giáp. Sự xuất hiện đồng thời cả cường cận giáp do u tuyến cận giáp và ung thư tuyến giáp thể nhú là rất hiếm gặp. **Báo cáo ca lâm sàng:** chúng tôi báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp là bệnh nhân nữ, 46 tuổi đi khám vì da xanh và mệt mỏi. Trong quá trình thăm khám phát hiện tình trạng cường cận giáp, siêu âm có tổn thương nghi ngờ u tuyến cận giáp 2,2cm và nhân tuyến giáp 3mm nằm ở đối bên. Phẫu thuật được thực hiện để đánh giá tổn thương và điều trị. Bệnh nhân được cắt thùy trái + eo, vét hạch cổ trung tâm và cắt tuyến cận giáp chứa khối u. Giải phẫu bệnh sau mổ khẳng định ung thư tuyến giáp thể nhú và u tuyến

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện ung bướu Hưng Việt, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Tuấn

Email: hmu.tuannghuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.4.2024