

- Laparoscopic subtotal hysterectomy for large uteri using modified five port technique. Archives of gynecology obstetrics. 283 (1): 79-81.
4. **Alperin M., Kivnick S., Poon K. Y. T.** (2012) Outpatient laparoscopic hysterectomy for large uteri. Journal of Minimally Invasive Gynecology. 19 (6): 689-694.
 5. **Perkins R. B., Handal-Orefice R., Hanchate A. D. et al.** (2016) Risk of undetected cancer at the time of laparoscopic supracervical hysterectomy and laparoscopic myomectomy: implications for the use of power morcellation. Women's Health Issues. 26 (1): 21-26.
 6. **Grosse-Drieling D., Schlutius J. C., Altgassen C. et al.** (2012) Laparoscopic supracervical hysterectomy (LASH), a retrospective study of 1,584 cases regarding intra-and perioperative complications. Archives of gynecology obstetrics. 285 (5): 1391-1396.
 7. **Nguyễn Tuấn Hải** (2018) Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh. Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường đại học y dược Thái Nguyên.
 8. **Bojahr B., Tchartchian G., Ohlinger R.** (2009) Laparoscopic supracervical hysterectomy: a retrospective analysis of 1000 cases. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 13 (2): 129.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH CÓ QUÁ PHÁT MỖM MÓC ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2018-2020

Nguyễn Thái Dương*, Lê Phi Nhạn*, Dương Hữu Nghị**, Châu Chiêu Hòa**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mổ mổ quá phát là yếu tố góp phần làm hẹp khe bán nguyệt và phếu sàng làm cản trở sự dẫn lưu hệ thống nhầy lỏng chuyển của nhóm xoang trước. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mỗm mỗc được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2018-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mỗm mỗc được phẫu thuật nội soi. **Kết quả:** Các triệu chứng cơ năng gồm nghẹt mũi (95,4%), chảy mũi (92,3%), rối loạn khứu giác (9,2%), đau nhức sọ mặt (69,2%). Triệu chứng qua nội soi mũi gồm niêm mạc mũi phù nề nhẹ (61,5%), dịch hốc mũi trong nhầy loãng (49,2%), mỗm mỗc quá phát hai bên (50,8%). Viêm xoang độ II theo thang điểm Lund-Mackay trên CT scan chiếm tỷ lệ cao nhất với 72,3%. Điểm bám đầu trên mỗm mỗc vào xương giầy thường gặp nhất với 58,5%. **Kết luận:** Năm vũng đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mỗm mỗc có ý nghĩa quan trọng trong phẫu thuật nội soi.

Từ khóa: viêm mũi xoang mạn tính, mỗm mỗc quá phát, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES OF CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH HYPERTROPHIED UNCINATE PROCESS

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Dương

Email: ntduong137@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 9.5.2022

PERFORMED ENDOSCOPIC SURGERY

AT CAN THO ENT HOSPITAL 2018-2020

Background: Hypertrophied uncinat process is a contributing factor causing narrowing of the hiatus semilunaris, the ethmoid infundibulum and affecting the mucociliary clearance of anterior sinuses. **Objectives:** Determining clinical, subclinical features of chronic rhinosinusitis with hypertrophied uncinat process performed endoscopic surgery at Can Tho ENT Hospital 2018-2020. **Materials and Methods:** Cross-sectional descriptive on 65 patients diagnosed chronic rhinosinusitis with hypertrophied uncinat process performed endoscopic surgery. **Results:** Symptoms included nasal blockage (95.4%), nasal discharge (92.3%), smell disorders (9.2%), facial pain (69.2%). Nasal endoscopic signs consisted of mild oedema of nasal mucosa (61.5%), clean and thin discharge (49.2%), bilateral hypertrophied uncinat process (50.8%). Stage II of Lund-Mackay scale on CT scan was the highest percentage with 72.3%. Superior attachment of uncinat process inserted into lamina papyracea was the most common with 58.5%. **Conclusions:** Mastering clinical, subclinical features of chronic rhinosinusitis with hypertrophied uncinat process plays important role in endoscopic surgery.

Keywords: chronic rhinosinusitis, hypertrophied uncinat process, endoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường cấu trúc giải phẫu các thành phần trong hốc mũi và các xoang cạnh mũi là một vấn đề thường gặp trên lâm sàng, là một trong những nguyên nhân gây viêm mũi xoang [1], [5]. Mổ mổ quá phát là yếu tố góp phần làm hẹp khe bán nguyệt và phếu sàng làm cản trở sự dẫn lưu hệ thống nhầy lỏng chuyển của nhóm xoang trước. Việc chẩn đoán tiền phẫu để phát hiện mỗm mỗc quá phát còn giúp tránh việc tổn

thương các cấu trúc lân cận như ống lệ mũi, thành trong hốc mắt và động mạch bướm khẩu cái trong lúc phẫu thuật và có ý nghĩa quan trọng trong phẫu thuật mở vách trần.

Mục tiêu nghiên cứu. *Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mòm mọc được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2018-2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có quá phát mòm mọc được chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ tháng 05/2018 đến tháng 06/2020.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** bệnh nhân ≥ 18 tuổi đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính theo EPOS 2012; nội soi thấy hình ảnh mòm mọc quá quá; được phẫu thuật nội soi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật nội soi mũi xoang trước đó; chỉ viêm nhóm xoang sau mà không kèm viêm nhóm xoang trước; viêm xoang do u, polyp; có bệnh nội khoa nặng chống chỉ định gây mê và phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: áp dụng công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: số bệnh nhân cần nghiên cứu.

Chọn $\alpha=0,05$ do đó $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$.

Sai số ước lượng $d=0,09$.

p là tỷ lệ mòm mọc quá phát qua nội soi. Theo Dương Đình Lương [3] là 16%, chọn $p=0,16$.

Tính được $n = 64$. Trên thực tế chúng tôi thu thập được 65 bệnh nhân.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Nội dung nghiên cứu: 1. Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh; 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: triệu chứng cơ năng, niêm mạc mũi, tính chất dịch hốc mũi, vị trí mòm mọc quá phát, mức độ viêm xoang theo thang điểm Lund-Mackay trên CT scan, điểm bấm đầu trên mòm mọc.

- Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu: Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng, đánh giá và ghi nhận trên nội soi và CT scan trước phẫu thuật.

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: bằng chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trên 65 bệnh nhân (30 nam và 35 nữ), độ tuổi trung bình: $45,7 \pm 12,8$ tuổi, nhóm tuổi từ 18 – 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,4%. Công – nông dân là nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,5%. Thời gian mắc bệnh từ 1–5 năm chiếm đa số với 50,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng (n=65)

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nghẹt mũi	62	95,4%
Chảy mũi	60	92,3%
Rối loạn khứu giác	6	9,2%
Đau nhức sọ mắt	45	69,2%

Nhận xét: Nghẹt mũi chiếm tỷ lệ cao với 95,4%, tiếp đến là chảy mũi với 92,2%.

3.2.2. Triệu chứng trên nội soi mũi

Bảng 2. Tình trạng niêm mạc mũi qua nội soi

Niêm mạc mũi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	6	9,2%
Phù nề nhẹ	40	61,5%
Phù nề mọng	19	29,2%
Tổng	65	100%

Nhận xét: Niêm mạc mũi phù nề nhẹ chiếm đa số với 61,5%, phù nề mọng chiếm 29,2%.

Bảng 3. Tính chất dịch hốc mũi qua nội soi

Dịch hốc mũi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không có	4	6,2%
Trong nhầy loãng	32	49,2%
Mủ nhầy đặc	29	44,6%
Tổng	65	100%

Nhận xét: Qua nội soi đánh giá được dịch hốc mũi trong nhầy loãng với 49,2%, mủ nhầy đặc với 44,6% và không có dịch chiếm 6,2%.

3.2.3. Hình ảnh trên CT scan

Bảng 4. Vị trí mòm mọc quá phát trên nội soi

Mòm mọc quá phát	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phải	13	20%
Trái	19	29,2%
Hai bên	33	50,8%
Tổng	65	100%

Nhận xét: Mòm mọc quá phát cả hai bên chiếm 50,8%, mòm mọc trái quá phát chiếm 29,2%, mòm mọc phải quá phát chiếm 20%.

Bảng 5. Mức độ viêm xoang theo thang điểm Lund – Mackay

Độ viêm xoang	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ I	11	16,9%
Độ II	47	72,3%

Độ III	7	10,8%
Tổng	65	100%

Nhận xét: Viêm xoang độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,8%, độ I chiếm tỷ lệ thấp nhất với 16,9%.

Bảng 6. Điểm bám đầu trên mỏm móc

Kiểu bám	Nơi bám tận	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kiểu 1	Xương giấy	76	58,5%
Kiểu 2	Thành sau trong Agger Nasi	15	11,5%
Kiểu 3	Xương giấy và chỗ nối của cuộn giữa và mảnh sàng	6	4,6%
Kiểu 4	Chỗ nối của cuộn giữa và mảnh sàng	13	10%
Kiểu 5	Bám vào sàn so	10	7,7%
Kiểu 6	Bám vào cuộn mũi giữa	10	7,7%
Tổng		130	100%

Nhận xét: Kiểu bám đầu trên mỏm móc vào xương giấy chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,5%, tiếp theo là bám vào thành sau trong Agger nasi với 11,5%, bám vào xương giấy và chỗ nối của cuộn giữa và mảnh sàng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

4.1.1. Giới tính. Chúng tôi tiến hành thu thập số liệu trên 65 bệnh nhân ghi nhận 35 nữ giới chiếm 53,8% và 30 nam giới chiếm 46,2%. Tỷ lệ nữ:nam là 1,16:1. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đàm Thị Lan (2013) ghi nhận tỷ lệ nữ giới là 53%, nam giới là 47% [2]. Tác giả Huỳnh Ngọc Thành (2014) ghi nhận tỷ lệ nữ giới là 52,5% và nam giới là 47,5%. Tác giả Vlad Bulu (2015) nghiên cứu trên 256 bệnh nhân có 53,9% là nữ giới và 46,1% là nam giới. Kết quả này có khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Hoàng (2017) ghi nhận tỷ lệ nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ lần lượt là 52,9% và 47,1% [1]. Sự khác biệt này có thể do phương pháp chọn mẫu của chúng tôi là chọn mẫu thuận tiện một cách ngẫu nhiên và sự khác biệt giữa các vùng địa lý, chủng tộc trong các nghiên cứu. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu ghi nhận không có sự khác biệt giữa nam và nữ trong nghiên cứu.

4.1.2. Tuổi. Độ tuổi trung bình là $45,7 \pm 12,75$ tuổi, nhóm tuổi từ 18 – 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đàm Thị Lan (2013) ghi nhận nhóm tuổi từ 16 – 45 tuổi chiếm tỷ lệ 75,7% [2]. Tác giả Dương Đình Lương (2017) ghi nhận nhóm tuổi 16 – 45

tuổi chiếm 53,4% [3]. Tác giả Nguyễn Công Hoàng (2017) ghi nhận nhóm tuổi 18 – 45 tuổi chiếm đa số với 67,5% [1]. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác. Tác giả Nguyễn Thanh Phú (2015) ghi nhận độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $36,76 \pm 13,62$ tuổi [5]. Mức sống ngày càng được nâng cao, tuổi thọ trung bình của người dân cũng ngày một cải thiện nên độ tuổi được can thiệp phẫu thuật của bệnh nhân cũng cao hơn trước. Nhìn chung, viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT) thường xảy ra trong độ tuổi học tập và lao động. Đây là nguồn nhân lực chính của xã hội, do đó việc phòng ngừa và phát hiện sớm bệnh để điều trị kịp thời không chỉ quan trọng đối với vấn đề sức khỏe mà còn liên quan đến kinh tế xã hội.

4.1.3. Nghề nghiệp. Công – nông dân là nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,5%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lưu Trình (2015) ghi nhận công – nông dân chiếm đa số với 53,2% [7]. Công nông dân là lực lượng lao động chính của nước ta. Do đó VMXMT có ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống và năng suất lao động của bệnh nhân.

4.1.4. Thời gian mắc bệnh. Thời gian mắc bệnh 1 – 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,8%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác. Tác giả Đàm Thị Lan (2013) ghi nhận thời gian mắc bệnh dưới 5 năm chiếm đa số với 83% [2]. Tác giả Lê Xuân Nhân (2011) ghi nhận thời gian mắc bệnh từ 1 – 5 năm chiếm 58% [4]. Tác giả Vandana (2015) ghi nhận thời gian mắc bệnh từ 1 – 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 65% [8]. Thời gian mắc bệnh càng dài, càng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống và kết quả điều trị sau này. Bệnh nhân thường có thói quen chịu đựng, không đi khám cho đến khi các triệu chứng xuất hiện nhiều, gây trở ngại đến cuộc sống và công việc.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.2.1. Triệu chứng cơ năng. Nghẹt mũi chiếm tỷ lệ cao nhất với 95,4%, chảy mũi với 92,3%, đau nhức sọ mặt với 69,2% và rối loạn khứu giác chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9,2%. Khi so sánh với nghiên cứu của các tác giả khác chúng tôi nhận thấy nghẹt mũi và chảy mũi là 2 triệu chứng thường gặp nhất tương đồng với lý do khiến bệnh nhân đi khám. Tác giả Nguyễn Công Hoàng (2017) ghi nhận nghẹt mũi chiếm 81,3%, chảy mũi chiếm 68,9%, đau nhức sọ mặt chiếm 59,6% và rối loạn khứu giác chiếm 12,9% [1].

4.2.2. Triệu chứng trên nội soi mũi

Niêm mạc mũi: Qua nội soi ghi nhận có phù nề niêm mạc mũi chiếm 90,8%, trong đó phù nề nhẹ chiếm đa số với 61,5%, phù nề nặng chiếm 29,3%. Tác giả Nguyễn Lưu Trình (2015) ghi nhận bệnh nhân có phù nề niêm mạc mũi chiếm 96,9% trong đó phù nề nhẹ với 53,1%, phù nề vừa chiếm 37,5% và phù nề nặng chiếm 6,3% [7]. Tác giả Trần Anh Thư (2017) ghi nhận bệnh nhân có phù nề niêm mạc chiếm 96,1% [6]. Tác giả Vandana Mendiratta (2015) ghi nhận phù nề niêm mạc chiếm 87,5% [8]. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy phù nề niêm mạc mũi chiếm tỷ lệ cao phản ánh đúng sinh lý bệnh VMXMT.

Tính chất dịch hốc mũi: Dịch xuất tiết, ứ đọng trong hốc mũi phản ánh tương đối chính xác tình trạng dịch ứ đọng trong các xoang. Có những trường hợp dù có tình trạng viêm, chất tiết đọng lại ở khe mũi nhưng bệnh nhân không có tình trạng chảy mũi nên gây khó khăn cho chẩn đoán. Do đó, việc khảo sát vùng PHLTK là bước quan trọng trong chẩn đoán VMXMT. Tình trạng dịch đọng ở hốc mũi ghi nhận được qua nội soi mũi chiếm 93,8%, trong đó chủ yếu là dịch trong nhầy loãng với 49,2%, mủ nhầy đặc với 44,6%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác. Tác giả Nguyễn Lưu Trình (2015) ghi nhận 96,9% bệnh nhân có dịch ứ đọng trong hốc mũi và PHLTK, trong đó dịch trong nhầy loãng chiếm 56,3%, dịch nhầy đặc đục chiếm 34,3% và dịch mủ vàng xanh chiếm 6,3% [7]. Tác giả Trần Anh Thư (2017) ghi nhận 100% bệnh nhân có dịch ứ đọng ở hốc mũi [6].

Vị trí mòm móm quá phát: Mòm móm được xem như lá chắn bảo vệ lỗ thông xoang hàm ở phía sau. Mòm móm quá phát sẽ góp phần làm hẹp và cản trở dẫn lưu của các xoang ở khe bán nguyệt gây nên VMXMT. Chúng tôi ghi nhận được vị trí mòm móm quá phát cả hai bên chiếm 50,8%, mòm móm trái quá phát chiếm 29,2%, mòm móm phải quá phát chiếm 20%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Dương Đình Lương (2017) ghi nhận mòm móm quá phát hai bên chiếm 60%, quá phát một bên chiếm 40% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê [3]. Cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào lý giải rõ về vị trí xuất hiện dị hình mòm móm nói chung và mòm móm quá phát nói riêng.

4.2.3. Hình ảnh trên CT scan

Xoang viêm trên CT scan: Viêm xoang hàm chiếm tỷ lệ cao nhất với 100%, xoang sàng trước chiếm 73,8% và thấp nhất là xoang trán với 10,8%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác. Tác giả Lê Xuân

Nhân (2011) ghi nhận viêm xoang hàm chiếm tỷ lệ cao nhất với 48%, viêm xoang sàng trước với 31% và viêm xoang trán chiếm 15% [4]. Tác giả Nguyễn Thanh Phú (2015) ghi nhận tỷ lệ viêm xoang hàm là 79,8%, viêm xoang sàng trước là 71,6% và viêm xoang trán là 21,2% [5]. Tác giả Nguyễn Lưu Trình (2015) ghi nhận viêm xoang hàm chiếm 96,9%, viêm xoang sàng trước chiếm 96,9%, viêm xoang trán chiếm 43,7% [7]. Tác giả Vandana (2015) ghi nhận tỷ lệ viêm xoang hàm là 77,5%, viêm xoang sàng trước là 55% và viêm xoang trán là 25% [8]. Hầu hết các tác giả đều ghi nhận tỷ lệ viêm xoang hàm và xoang sàng trước khá cao. Mòm móm nằm ngay phía trước, che khuất lỗ thông xoang hàm ở phía sau, khi mòm móm quá phát gây hẹp khe bán nguyệt ảnh hưởng đến dẫn lưu và thông khí của xoang hàm, xoang sàng trước nhiều hơn. Mặc khác, mòm móm chỉ liên quan đến phần thấp của ngách trán, xoang trán nằm ở trên cao, theo chiều trọng lực dịch đổ vào khe mũi giữa dễ dàng hơn nên xoang trán ít bị ảnh hưởng hoặc bị ảnh hưởng chậm hơn.

Mức độ viêm xoang trên CT scan: Viêm xoang độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 72,3%, tiếp đến là độ I với 16,9%, độ III chiếm tỷ lệ thấp nhất với 10,8%. Tác giả Nguyễn Lưu Trình (2015) ghi nhận viêm xoang độ I chiếm 21,9%, độ II chiếm 46,9%, độ III chiếm 25% và độ IV chiếm 6,2% [7]. Việc can thiệp phẫu thuật sớm sẽ tránh được những trường hợp bệnh lý kéo dài gây tổn thương nặng nề hơn và tiên lượng sau mổ cũng tốt hơn.

Điểm bám đầu trên mòm móm: Kiểu bám vào xương giấy (kiểu 1) chiếm đa số với 58,5%, tiếp theo là bám vào thành sau trong Agger Nasi (kiểu 2) với 11,5%, bám vào xương giấy và chỗ nối của cuốn mũi giữa và mảnh sàng (kiểu 3) chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4,6%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác [8]. Kiểu bám đầu trên mòm móm rất đa dạng. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong lúc phẫu thuật, khi lấy phần cao mòm móm phải thận trọng nhất là trong những trường hợp mòm móm bám vào xương giấy, sàn sọ hay cuốn mũi giữa sẽ dễ làm tổn thương các cấu trúc quan trọng lân cận gây ra các tai biến như tụ máu ổ mắt, chảy dịch não tủy hay sẹo dính và tổn thương niêm mạc ngách trán. Do đó, việc đánh giá vị trí và kiểu bám đầu trên mòm móm trước phẫu thuật là hết sức cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Nghẹt mũi (95,4%) và chảy mũi (92,3%) là hai triệu chứng cơ năng thường gặp nhất. Nội soi ghi nhận niêm mạc mũi phù nề nhẹ với 61,5%,

dịch mũi trong nhầy loãng với 49,2%, quá phát mủm mủm cả hai bên chiếm 50,8%. Viêm xoang độ II theo thang điểm Lund–Mackay chiếm 72,3%. Triệu chứng cơ năng và thực thể qua nội soi mũi cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Công Hoàng (2017)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và thực trạng một số bệnh Tai Mũi Họng trên bệnh nhân có dị hình hốc mũi qua thăm khám nội soi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam, 454(1), tr. 287-290.
2. **Đàm Thị Lan (2013)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang mạn tính người lớn không có polyp mũi theo EPOS 2012, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Dương Đình Lương (2017)**, Nghiên cứu đặc điểm dị hình phức hợp lỗ ngách trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Xuân Nhân (2011)**, Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm hệ thống xoang trước có bất thường giải phẫu phức hợp lỗ ngách tại Bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Huế.
5. **Nguyễn Thanh Phú (2015)**, Nghiên cứu sự liên quan giữa dị hình hốc mũi với viêm xoang có chỉ định phẫu thuật qua lâm sàng, nội soi và chụp cắt lớp vi tính, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Huế.
6. **Trần Anh Thư (2017)**, "Nghiên cứu mối tương quan giữa hình ảnh nội soi và chụp cắt lớp vi tính mũi xoang bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính", Tạp chí Y học thực hành, 1044(6), tr. 66-69.
7. **Nguyễn Lưu Trình (2015)**, Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm mũi xoang mạn tính, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y dược Huế.
8. **Vandana Mendiratta (2015)**, "Sinonasal Anatomical Variants: CT and Endoscopy Study and Its Correlation with Extent of Disease", Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, 68(3), pp. 352-358.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA

Đinh Việt Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu hiệu quả điều trị ở bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 62 bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa được điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** thuốc bình thần được dùng 100% với liều trung bình $8,27 \pm 2,18$ mg/ngày. Hiệu quả điều trị được nâng cao với sự kết hợp của liệu pháp tâm lý: 24,19% bệnh nhân dung liệu pháp thư giãn. Ngày điều trị trung bình $13,72 \pm 2,61$ ngày với 27,4% bệnh nhân ra viện còn lo âu mức độ nhẹ và 3,22% bệnh nhân ra viện còn trầm cảm mức độ nhẹ. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu này đưa ra bằng chứng về hiệu quả điều trị của liệu pháp hód được kết hợp với liệu pháp tâm lý ở bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa.

Từ khóa: Rối loạn lo âu lan tỏa

SUMMARY

STUDY THERAPEUTIC EFFICACY IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Objective: To evaluate treatment outcomes in generalized anxiety disorder. **Object and method:** 62 patients with generalized anxiety disorder who received inpatient treatment in the Psychiatric Department, 103 Military Medical Hospital. **Results:** Benzodiazepin was used 100% with average dose

8.27 ± 2.18 mg/day. Treatment effectiveness was enhanced with a combination of psychotherapy: 24.19% of patients used relaxation therapy. Average day treatment was 13.72 ± 2.61 days with 27.4% of patients discharged from hospital had mild anxiety and 3.22% of patients discharged from hospital had mild depression. **Conclusion:** The results of this study provide evidence for the therapeutic efficacy of pharmacotherapy in combination with psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder.

Keywords: Generalized anxiety disorder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu lan tỏa (RLLALT) được đặc trưng bởi tình trạng lo âu quá mức không kiểm soát được, lan tỏa nhiều chủ đề, không khu trú bất cứ tình huống đặc biệt nào, thường kéo dài ít nhất 6 tháng. Các RLLALT gặp phổ biến trong lâm sàng tâm thần học, chiếm tỷ lệ 30% các trường hợp điều trị nội trú và chiếm khoảng 20% dân số thế giới mắc rối loạn này. Các triệu chứng của RLLALT đa dạng và phong phú bao gồm: biểu hiện căng thẳng, bồn chồn, khó ngủ, cùng các triệu chứng cơ thể như cảm giác tức ngực, khó thở, hồi hộp, nuốt nghẹn, đau bụng, buồn nôn... Bệnh nhân không thể kiểm soát được các lo lắng này, giảm khả năng lao động, sinh hoạt và các chức năng quan trọng khác. Đồng thời chi phí xã hội đối với rối loạn lo âu lan tỏa và các vấn đề cộng đồng kèm theo là rất đáng kể, tăng nhu cầu được trợ giúp ở các trung tâm y tế và

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Việt Hùng

Email: bshunga6@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 10.5.2022