

*Klebsiella pneumoniae* (12,01%), *A. baumannii* (8,11%), *P. aeruginosa* (7,92%) và *Proteus mirabilis* (2,97%). Mức độ kháng kháng sinh cho thấy *H. influenzae*, *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *K. pneumoniae*, *E. coli* có tỷ lệ đề kháng cao 40-90% với nhiều nhóm kháng sinh. *P. aeruginosa* và *A. baumannii* còn nhạy cảm ở mức tương đối từ 20-98% với nhiều kháng sinh.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Trước tình hình vi khuẩn đa kháng thuốc như hiện nay, xác định rõ được sự phân bố, cập nhật liên tục tình hình đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh thường gặp sẽ có ý nghĩa nâng cao hiệu quả sử dụng kháng sinh trong điều trị. Vì vậy, cần thường xuyên có những nghiên cứu, giám sát tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn, ưu tiên lựa chọn điều trị kháng sinh cho từng loại vi khuẩn theo kết quả kháng sinh đồ.

Các khoa lâm sàng khi sử dụng kháng sinh nên căn cứ vào các chủng vi khuẩn thường gặp và mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn để lựa chọn kháng sinh ban đầu trước khi có kết quả kháng sinh đồ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, Report Indicates Increasing Antibacterial Resistance (casi, org), 2022,
2. Adane A, Belay G, Tamirat KS. Microbiological Profile and Drug-Resistance Pattern of Pathogens

- Among Patients Who Visited the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *Infect Drug Resist.* 2020.13: 4449 – 4458.
3. Trí Đỗ Trần Minh, Hanh Phạm Thị Hồng, Trần Nguyễn Thị Ngọc. Một số đặc điểm, phân bố của vi khuẩn gây bệnh tại BV huyện Củ Chi từ 01/2022 đến 03/2023, Tạp chí khoa học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng, 2024, 73-76.
  4. Nga Phạm Thị Ngọc, Chi Nguyễn Trí Yên, Văn Trương Thị Bích. Mức độ đề kháng kháng sinh của một số vi khuẩn Gram âm thường gặp tại BV Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ năm 2019 – 2023, Tạp chí y học Việt Nam, 2024, 113-115.
  5. Assefa M. Inducible Clindamycin - Resistant *Staphylococcus aureus* Strains in Africa: A Systematic Review, *Int J Microbiol*, 2022 Apr 19.
  6. Loan Nguyễn Thị. Sự đề kháng kháng sinh của các chủng *Staphylococcus aureus* và *Escherichia coli* phân lập từ bệnh nhân được điều trị tại khoa hồi sức tích cực - BV Thanh Nhàn, Tạp chí khoa học và công nghệ Đại học Thái Nguyên, 2021, 208-209.
  7. Horan K, Zhang J, Stinear TP, Howden BP, Gorrie CL. Population structure, serotype distribution and antibiotic resistance of *Streptococcus pneumoniae* causing invasive disease in Victoria, Australia, *Microb Genom*, 2023 Jul; 9(7).
  8. Soa Đặng Thị và cộng sự. Tổng quan về tình hình kháng kháng sinh của một số vi khuẩn thường gặp trên lâm sàng tại Việt Nam từ 2017-2022, Tạp chí y học, 2022, 311-312.
  9. H. H. Kumburu, et al. "Patterns of infections, aetiological agents and antimicrobial resistance at a tertiary care hospital in northern Tanzania". *Trop Med Int Health*, 2017. 22(4), 454-464.

# KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ HẸP CỬA MŨI SAU TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Lương Hữu Đăng<sup>1</sup>, Lê Minh Tú<sup>1</sup>,  
Trần Thị Thanh Hồng<sup>1</sup>, Nguyễn Tuấn Như<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hẹp cửa mũi sau là một bệnh lý hiếm gặp, đặc trưng bởi tình trạng tắc một phần hoặc hoàn toàn lỗ thông khoang mũi và họng mũi. Phẫu thuật tạo hình cửa mũi sau là cần thiết để đảm bảo sự thông khí đầy đủ của đường hô hấp trên cho trẻ. Việc phân loại bệnh lý hẹp cửa mũi sau, bản chất màng bịt, và các phương pháp điều trị khác nhau ảnh hưởng đến điều trị và tiên lượng của bệnh nhi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu

mô tả được thực hiện trên 18 bệnh nhi được chẩn đoán hẹp cửa mũi sau tại bệnh viện Nhi đồng 1 từ năm 2018 đến năm 2023. **Kết quả:** Hẹp cửa mũi sau hai bên chiếm ưu thế (72,2%) gấp 2,6 lần tỷ lệ hẹp cửa mũi sau một bên; trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm hẹp hai bên (46,2%), nhóm hẹp cửa mũi sau một bên chủ yếu từ nhũ nhi và trên 2 tuổi; số lượng bệnh nhi nam và nữ tương đương nhau; trẻ hẹp cửa mũi sau hai bên có 46,2% có dị tật đi kèm (chủ yếu là bất thường sọ mặt và tim); 69,2% nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên ghi nhận khó thở, trong khi nhóm hẹp một bên không có dấu hiệu này; cấp cứu đường thở không ghi nhận ở nhóm hẹp một bên, trong khi nhóm hẹp hai bên có 7,7% cần đặt nội khí quản, 23,1% cần đặt nội khí quản và mở khí quản; 53,8% trẻ hẹp hai bên cần phẫu thuật trên 2 lần, trong khi ở nhóm hẹp một bên, đa số chỉ cần phẫu thuật 1 lần (60%); 23,1% trẻ hẹp hai bên có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật. **Kết luận:** Nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hữu Đăng

Email: luonghuudang167@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

thường có tỷ lệ dị tật đi kèm, khó thở và tái phát cao hơn nhóm còn lại. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu vẫn là soi nong mũi sau kết hợp việc sử dụng bộ cắt hút. Mặc dù biến chứng chảy máu ghi nhận không đáng kể, tuy nhiên, khả năng tái hẹp tương đối cao.

**Từ khóa:** Hẹp cửa mũi sau một bên, hẹp cửa mũi sau hai bên, soi nong cửa mũi sau.

**SUMMARY**

**A CROSS-SECTIONAL STUDY OF TREATMENT OUTCOMES FOR CHOANAL ATRESIA AT CHILDREN'S HOSPITAL 1 FROM 2018 TO 2023**

**Introduction:** Choanal atresia is an uncommon condition, characterized by partial or complete obstruction of the airway from the nasal cavity to the nasopharynx. Choanoplasty is necessary to maintain sufficient upper respiratory ventilation in affected patients. The understanding of the classification of the disease, the types of the atretic plate, and different treatment approaches can considerably enhance the management and prognosis of patients. **Methods:** Retrospective review of 18 pediatric patients diagnosed with choanal atresia treated at Children's Hospital 1 from 2018 to 2023. **Results:** The majority of patients were diagnosed with bilateral choanal atresia, which is 2.6 times higher than unilateral cases. In the bilateral choanal atresia group, neonates make up the highest percentage (46.2%), whereas in the unilateral group, most of the patients are infants and children above two years old. The distribution of gender in two groups was relatively equal. Within the bilateral choanal atresia group, 46.2% had concomitant malformations, which mainly are craniofacial and cardiac anomalies. Respiratory distress was reported in 69.2% of bilateral cases, whereas respiratory distress was not reported in unilateral cases. Initial airway management was not recorded in unilateral cases, while 7.7% of bilateral cases required endotracheal intubation, and 23.1% required both intubation and tracheostomy. In addition, 53.8% of bilateral cases required more than two surgeries, whereas 60% of unilateral cases required only one surgery. In 23.1% of bilateral cases, there were postoperative bleeding problems noted. **Conclusion:** Bilateral choanal atresia is typically more associated with other malformations, respiratory distress, and recurrence compared to its unilateral counterpart. The primary surgical method at Children's Hospital 1 is transnasal puncture with urethral sounds, and a cutting and suction system, with a low rate of bleeding complications. The rate of restenosis remained relatively high.

**Keywords:** Unilateral choanal atresia, bilateral choanal atresia, transnasal puncture, restenosis.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hẹp cửa mũi sau là một bệnh lý hiếm gặp với tần suất 1:5000 hoặc 1:7000.<sup>1</sup> Đây là tình trạng tắc một phần hoặc hoàn toàn lỗ thông giữa khoang mũi và ty hầu. Bệnh lý này có thể xảy ra ở một hoặc cả hai bên mũi, trong đó: hẹp cửa mũi sau một bên thường biểu hiện với chảy

mũi cùng bên mạn tính nhưng chỉ gây ra suy hô hấp nhẹ hoặc không đáng kể; còn hẹp cửa mũi sau hai bên có thể gây nên suy hô hấp trầm trọng. Phẫu thuật tạo hình cửa mũi sau là cần thiết để đảm bảo sự thông khí đầy đủ của đường hô hấp trên ở trẻ.<sup>2</sup>

Điều trị bệnh lý này có thể bao gồm điều trị chung, cấp cứu đường thở và phẫu thuật tạo hình cửa mũi sau. Phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh lý hẹp cửa mũi sau ở bệnh viện Nhi Đồng 1 là nội soi kiểm tra và nong bằng ống thông niệu đạo.

Việc phân loại bệnh lý hẹp cửa mũi sau, bản chất màng bit, và các phương pháp điều trị khác nhau ảnh hưởng đến kết quả điều trị và tiên lượng của bệnh nhi. Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhằm khảo sát tỷ lệ các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, cũng như kết quả điều trị bệnh lý hẹp cửa mũi sau tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ năm 2018 đến năm 2023.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu trên 18 bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ các phần hành chính và chuyên môn, được chẩn đoán hẹp cửa mũi sau và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2023.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới tính, số bên hẹp cửa mũi sau, triệu chứng vào viện (nghet mũi hay khô khè), khó thở, cấp cứu đường thở, số lần phẫu thuật, chảy máu sau phẫu thuật.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS.

**III KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm về số bên hẹp cửa mũi sau của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm về số bên hẹp của bệnh nhi**

Số bên hẹp	Tần số	%
Một bên	5	27,8
Hai bên	13	72,2

Hẹp cửa mũi sau hai bên chiếm đa số, tỷ lệ 72,2%, gấp 2,6 lần nhóm hẹp cửa mũi sau một bên.

Bảng 3.2 Bên hẹp ở nhóm hẹp cửa mũi sau một bên.

**3.2. Đặc điểm về bên hẹp của nhóm hẹp cửa mũi sau một bên**

**Bảng 3.2.**

Bên hẹp	Tần số	%
Trái	3	60
Phải	2	40

Ở nhóm hẹp cửa mũi sau một bên: Hẹp cửa mũi sau bên trái chiếm 3 ca (60%), bên phải chiếm 2 ca (40%).

**3.3. Đặc điểm tuổi nhập viện của đôi tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.3. Tuổi bệnh nhi lần nhập viện này**

Tuổi	Tần số	
	Một bên	Hai bên
Sơ sinh	0	6 (46,2%)
Nhũ nhi	2 (40%)	3 (23,1%)
Từ 1 đến 2	1 (20%)	3 (23,1%)
Trên 2 tuổi	2 (40%)	1 (7,7%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

Nhóm hẹp cửa mũi sau một bên: Không ghi nhận nhóm tuổi sơ sinh, nhũ nhi và trên 2 tuổi chiếm đa số (40% mỗi nhóm), từ 1 đến 2 tuổi chiếm 20%.

Nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên: Sơ sinh chiếm đa số (46,2%), tiếp theo là nhũ nhi và từ 1 đến 2 (23,1% mỗi nhóm) và thấp nhất là trên 2 tuổi (7,7%).

**3.4. Đặc điểm giới tính của đôi tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.4. Giới tính của đôi tượng nghiên cứu**

Giới tính	Tần số	
	Một bên	Hai bên
Nam	3 (60%)	6 (46,2%)
Nữ	2 (40%)	7 (53,8%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

Nhóm trẻ hẹp cửa mũi sau một bên: nam 60%, nữ 40%.

Nhóm trẻ hẹp cửa mũi sau hai bên: nam 46,2%, nữ 53,8%.

**3.5. Đặc điểm dị tật bẩm sinh đi kèm**

**Bảng 3.5. Phân bố dị tật bẩm sinh ở hai nhóm hẹp cửa mũi sau**

Dị tật đi kèm	Tần số	
	Một bên	Hai bên
Bất thường sọ mặt	0	4 (30,8%)
Bất thường tim	1 (20%)	1 (7,7%)
Bất thường sọ mặt và tim	0	1 (7,7%)
Không	4 (80%)	7 (53,8%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

Nhóm hẹp cửa mũi sau một bên: chỉ có 1 trường hợp (20%) có dị tật bẩm sinh (dị tật về tim)

Nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên: dị tật bẩm sinh có 5 ca chiếm 46,2%, trong đó: 4 bất thường sọ mặt (30,8%), 1 bất thường tim (7,7%) và 1 có cả bất thường sọ mặt và bất thường tim (7,7%).

**3.6. Đặc điểm bệnh lý đi kèm của đôi tượng nghiên cứu.**

**Bảng 3.6. Phân bố bệnh lý đi kèm ở hai**

**nhóm**

Bệnh lý đi kèm	Tần số	
	Một bên	Hai bên
Bệnh lý	1 (20%)	5 (38,5%)
Không	4 (80%)	8 (61,5%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

Nhóm hẹp cửa mũi sau một bên chỉ có 1 ca (20%) có bệnh lý khác đi kèm (phì đại cuốn mũi phải).

Nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên bệnh lý đi kèm chiếm 38,5% (5 ca), trong đó có 4 trường hợp viêm phổi, 1 có viêm VA đi kèm.

**3.7. Đặc điểm lý do vào viện của đôi tượng nghiên cứu.**

**Bảng 3.7. Lý do vào viện của đôi tượng nghiên cứu**

Lý do vào viện	Tần số	
	Một bên	Hai bên
Nghẹt mũi	4 (80%)	6 (46,2%)
Khò khè	1 (20%)	7 (53,8%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

Nhóm hẹp cửa mũi sau một bên: Lý do vào viện đa số là nghẹt mũi một bên chiếm 80%.

Ngược lại, ở nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên: Khò khè chiếm đa số (53,8%)

**3.8. Dấu hiệu khó thở ở đôi tượng nghiên cứu.**

**Bảng 3.8. Phân bố dấu hiệu khó thở ở hai nhóm**

Khó thở	Tần số	
	Một bên	Hai bên
Có	0	9 (69,2%)
Không	5 (100%)	4 (30,8%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

Nhóm hẹp cửa mũi sau một bên không ghi nhận khó thở.

Nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên có 69,2% trường hợp ghi nhận có khó thở.

**3.9. Đặc điểm bản chất màng chắn trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính**

**Bảng 3.9. Tỷ lệ bản chất màng chắn ở hai nhóm**

Dạng màng bịt	Tần số	
	Một bên	Hai bên
Xương	1 (25%)	2 (33,3%)
Hỗn hợp	3 (75%)	4 (66,7%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>4</b>	<b>6</b>

Có 10 trường hợp có hình ảnh chụp cắt lớp vi tính đi kèm, trong đó có 4 ca hẹp cửa mũi sau một bên và 6 ca hẹp cửa mũi sau hai bên.

Hẹp cửa mũi sau một bên: màng chắn dạng hỗn hợp chiếm 75% và dạng xương chiếm 25%.

Hẹp cửa mũi sau hai bên: màng chắn dạng hỗn hợp chiếm 66,7% và dạng xương chiếm 33,3%.

### 3.10. Điều trị cấp cứu đường thở ở đối tượng nghiên cứu.

**Bảng 3.10. Tỷ lệ các cấp cứu đường thở được thực hiện ở hai nhóm**

Cấp cứu	Tần số	
	Một bên	Hai bên
Không	5 (100%)	9 (69,2%)
NKQ	0	1 (7,7%)
NKQ + MKQ	0	3 (23,1%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

Nhóm hẹp cửa mũi sau một bên không ghi nhận cấp cứu đường thở.

Nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên ghi nhận 30,8% có cấp cứu đường thở, trong đó: 1 cần đặt nội khí quản (7,7%), 3 cần đặt nội khí quản và sau đó là mở khí quản (23,1%).

### 3.11. Số lần phẫu thuật nong hẹp cửa mũi sau ở đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.11. Số lần phẫu thuật nong hẹp cửa mũi sau ở hai nhóm**

Số lần phẫu thuật	Tần số	
	Một bên	Hai bên
Một lần	3 (60%)	2 (15,4%)
Hai lần	1 (20%)	4 (30,8%)
Trên hai lần	1 (20%)	7 (53,8%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

Nhóm hẹp cửa mũi sau một bên: đa số bệnh nhi chỉ cần phẫu thuật 1 lần (60%).

Ngược lại, ở nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên: phần lớn cần phẫu thuật trên 2 lần (53,8%).

### 3.12. Biến chứng chảy máu sau phẫu thuật

**Bảng 3.12. Tỷ lệ biến chứng chảy máu sau phẫu thuật ở hai nhóm**

Chảy máu sau phẫu thuật	Tần số	
	Một bên	Hai bên
Không	5 (100%)	10 (76,9%)
Có	0	3 (23,1%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

Nhóm hẹp cửa mũi sau một bên không ghi nhận biến chứng này.

Nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên: chảy máu xảy ra ở 3 trường hợp (23,1%).

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ hẹp cửa mũi sau hai bên là 72,2% và gấp 2,6 lần so với nhóm trẻ hẹp cửa mũi sau một bên. Kết quả này phù hợp với đặc điểm của một bệnh viện chuyên khoa nhi (trẻ hẹp cửa mũi sau hai bên thường biểu hiện sớm và cần điều trị từ thời điểm sơ sinh) và nghiên cứu của Samadi và cộng sự<sup>3</sup>, hồi cứu trên 78 bệnh nhi tại Bệnh viện Nhi đồng Philadelphia từ năm 1979 đến năm 1998, ghi nhận 45% trẻ hẹp một bên và 55% trẻ hẹp

hai bên.

Sơ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên, chiếm tới 46,2%, trong khi nhóm hẹp cửa mũi sau một bên không ghi nhận bệnh nhi sơ sinh, mà bệnh nhi phân bố ở những nhóm tuổi lớn hơn, và nhiều nhất là ở nhóm nữ nhi và nhóm trên 2 tuổi. Kết quả này phù hợp với đặc điểm lâm sàng của hẹp cửa mũi sau một bên và hai bên như Hengerer và cộng sự<sup>4</sup> mô tả.

Tỷ lệ nam ở nhóm hẹp cửa mũi sau một bên là 60%, nữ là 40%,; trong khi ở nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên, nam là 46,2% và nữ 53,8%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hengerer và cộng sự<sup>1</sup> năm 2008, ghi nhận tỷ lệ nam và nữ là tương đương nhau về mặt thống kê. Tương tự, nghiên cứu của nhóm tác giả Denise Manica và cộng sự<sup>5</sup> năm 2014 cũng ghi nhận tỷ lệ nam và nữ đều là 50%.

Di tật bẩm sinh đi kèm khá phổ biến ở nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên, chiếm 46,2%, trong đó: bất thường sọ mặt là 30,8% (4 ca), bất thường tim là 7,7% (1 ca) và có 1 ca (7,7%) có cả bất thường sọ mặt và bất thường tim. Ngược lại, nhóm hẹp cửa mũi sau một bên chỉ ghi nhận 1 trường hợp có bất thường tim (chiếm 20%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Samadi và cộng sự<sup>3</sup>, cho thấy tương quan giữa bất thường tim ( $P = 0.04$ ) và hội chứng CHARGE ( $P = 0.02$ ) với nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên.

Tương tự, bệnh lý đi kèm cũng tương đối phổ biến trong nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên với 38,5% (5 trường hợp: 4 viêm phổi và 1 VA đi kèm). Trong khi nhóm hẹp cửa mũi sau một bên chỉ có 1 trường hợp (20%) có bệnh lý khác đi kèm (phì đại cuốn mũi phải).

Triệu chứng vào viên chủ yếu của hẹp cửa mũi sau hai bên là khó khè (53,8%) còn ở nhóm hẹp cửa mũi sau một bên là nghẹt mũi một bên (20%). Khó thở hiện diện ở 69,2% nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên, còn nhóm còn lại không ghi nhận khó thở. Kết quả này phù hợp với mô tả của Hengerer và cộng sự<sup>4</sup> về đặc điểm lâm sàng của bệnh lý hẹp cửa mũi sau: hẹp cửa mũi sau một bên thường không biểu hiện khó thở và có thể chỉ biểu hiện chảy mũi hoặc nghẹt mũi một bên; ngược lại, hẹp mũi sau hai bên có thể gây khó thở, suy hô hấp, tím tái ngay từ giai đoạn sơ sinh.

Trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, ở nhóm hẹp cửa mũi sau một bên, màng chắn dạng hỗn hợp chiếm 75% và dạng xương chiếm 25%, còn nhóm còn lại, những tỷ lệ này lần lượt là 66,7% và 33,3%. Cả hai nhóm đều không ghi nhận dạng màng niêm mạc đơn thuần. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Burrow và cộng sự<sup>6</sup> năm 1996, hồi cứu trên 63 hồ sơ gồm hình ảnh

chụp cắt lớp vi tính và kết quả giải phẫu bệnh, cho thấy: 29% màng chẵn dạng xương và 71% dạng hỗn hợp.

Nhóm hẹp cửa mũi sau một bên không ghi nhận cấp cứu đường thở. Trong khi nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên ghi nhận 4 trường hợp (30,8%) có cấp cứu đường thở: 1 cần đặt nội khí quản (7,7%), 3 cần đặt nội khí quản và mở khí quản (23,1%).

Nhóm hẹp cửa mũi sau một bên ghi nhận đa số chỉ trải qua 1 lần phẫu thuật (60%), tỷ lệ thất bại sau lần phẫu thuật đầu tiên là 40%. Ngược lại, nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên ghi nhận 53,8% cần phẫu thuật trên 2 lần, 30,8% cần phẫu thuật 2 lần và chỉ có 15,4% chỉ phẫu thuật 1 lần, tỷ lệ thất bại sau lần phẫu thuật đầu tiên lên tới 84,6%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hengerer và cộng sự<sup>1</sup> năm 2008, cho thấy tỷ lệ thất bại sau lần phẫu thuật đầu tiên lên tới 50% với phương pháp nong hẹp cửa mũi sau, cao hơn đáng kể so với một số phương pháp khác như: phẫu thuật qua đường khẩu cái (12,5%) và phẫu thuật nội soi (16%).

Nhóm hẹp cửa mũi sau không ghi nhận biến chứng chảy máu sau phẫu thuật. Nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên ghi nhận 23,1% có chảy máu sau phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Nhóm hẹp cửa mũi sau hai bên thường có tỷ lệ dị tật đi kèm, khó thở và tái phát cao hơn nhóm còn lại. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu vẫn là soi nong mũi sau kết hợp việc sử dụng bộ cắt hút. Mặc dù biến chứng chảy máu ghi nhận không đáng kể, tuy nhiên, khả năng tái hẹp tương đối cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hengerer AS, Brickman TM, Jeyakumar A.** Choanal Atresia: Embryologic Analysis and Evolution of Treatment, a 30-Year Experience. *Laryngoscope.* 2008;118(5): 862-866. doi:10.1097/MLG.0B013E3181639B91
2. **Potsic W, Cotton T, Handler S, Zur K.** Surgical Pediatric Otolaryngology. 2nd ed. Thieme; 2016.
3. **Samadi DS, Shah UK, Handler SD.** Choanal atresia: a twenty-year review of medical comorbidities and surgical outcomes. *Laryngoscope.* 2003; 113(2):254-258. doi:10.1097/00005537-200302000-00011
4. **Hengerer AS, Strome M.** Choanal atresia: A new embryologic theory and its influence on surgical management. *Laryngoscope.* 1982;92(8): 913- 921. doi:10.1288/00005537-198208000-00012
5. **Manica D, Schweiger C, Netto CCS, Kuhl G.** Retrospective study of a series of choanal atresia patients. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2014;18(1):2-5. doi:10.1055/S-0033-1358581/ID/JR16670A-14/BIB
6. **Burrow TA, Saal HM, De Alarcon A, Martin LJ, Cotton RT, Hopkin RJ.** Characterization of congenital anomalies in individuals with choanal atresia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009; 135(6):543-547. doi:10.1001/ARCHOTO.2009.53

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG VÙNG MÃU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG ĐINH PFNA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Duy Khoa<sup>1,2</sup>, Đào Xuân Thành<sup>2,3</sup>, Ma Ngọc Thành<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng và hình ảnh Xquang của nhóm bệnh nhân nghiên cứu và đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương gãy xương vùng mấu chuyển xương đùi bằng đinh PFNA tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiền cứu. Trong đó có 31 bệnh nhân hồi cứu và 14 bệnh nhân tiền cứu. **Kết quả:** Sau 6 tháng, tỉ lệ can xương là 92,9%; bệnh nhân đi lại bình thường không đau chiếm 53,6%; đi lại được, đau khi gắng sức chiếm

35,7%; Điểm Harris ghi nhận rất tốt chiếm 57,1%, tốt chiếm 21,4%, trung bình là 14,3%. **Kết luận:** Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh PFNA có kết quả lành xương cao và hiệu quả theo Harris rất tốt và tốt với tỉ lệ 78,5%, phương pháp phẫu thuật an toàn. Điểm trung bình HHS của nghiên cứu là 88,7

**Từ khóa:** Gãy xương vùng mấu chuyển xương đùi, đinh PFNA.

## SUMMARY

### EVALUATE THE RESULTS OF TREATMENT OF FEMORAL TROCHANTERIC FRACTURES WITH PFNA NAILS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** Clinical description and X-ray images of the study group of patients and evaluation of the results of combined treatment of femoral trochanteric fractures with PFNA nails at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study combining retrospective and prospective. There were 31 retrospective patients and 14 prospective patients.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024