

quả của các biện pháp can thiệp y tế trong quá trình mổ lấy thai, đặc biệt là đối với các trường hợp mắc rau tiền đạo.

Trong 146 sản phụ có 87% không có biến chứng sau mổ; chỉ 0,7% có tụ máu và 12,3% sản phụ chảy máu sau mổ. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Kollmann M (2016) là 7,2% [8]. Tỷ lệ không biến chứng sau mổ của mẹ khá cao đặc biệt khi được thực hiện trong điều kiện y tế tốt và có sự chăm sóc hậu phẫu đúng cách. Bên cạnh đó là các bác sĩ và nhân viên y tế được đào tạo chuyên sâu, có kinh nghiệm trong việc xử lý các tình huống phức tạp và kịp thời được chuẩn bị kỹ lưỡng giúp xác định và giảm thiểu các yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, vẫn có một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ này, bao gồm tình trạng sức khỏe của mẹ trước khi mổ, kỹ thuật mổ, và chăm sóc sau mổ.

## V. KẾT LUẬN

Chỉ định mổ lấy thai đúng làm giảm các biến chứng của rau tiền đạo đối với sản phụ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015), "Rau tiền đạo", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa (Ban hành kèm theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015), Hà Nội, tr. 39-42.
2. **Lâm Đức Tâm, Lý Thị Mỹ Tiên và Phạm Đắc Lộc** (2021), "Tỷ lệ các loại nhau tiền đạo và một số yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện Phụ sản thành

phố Cần Thơ năm 2019 - 2021", Sản khoa - sơ sinh, 21(3), tr. 15-21.

3. **Lê Lam Hương** (2016), "Nghiên cứu khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở thai phụ bị rau tiền đạo", Tạp chí Khoa học và công nghệ Việt Nam, 11(12), tr.1-5.
4. **Lương Phan Anh và Hoàng Đức Vĩnh** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ rau tiền đạo tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên", Tạp chí Khoa học và Công nghệ Y Dược, Tập 1 Số 1 (2022).
5. **Trần Thị Thu Hương** (2014), Nhận xét chẩn đoán và điều trị rau tiền đạo tại bệnh viện phụ sản Thái Bình năm 2012 - 2013, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội** (2022), Giáo trình Sản phụ khoa (dành cho sinh viên sau Đại học) Tập 1, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
7. **Trương Thị Linh Giang và Trần Thị Mỹ Chi** (2023), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ của các trường hợp nhau tiền đạo ở Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế", Tạp chí Phụ sản 2023, 21(3), tr. 22-27.
8. **Kollmann M và các cộng sự.** (2016), "Placenta praevia: incidence, risk factors and outcome", J Matern Fetal Neonatal Med, 29(9), tr. 1395-8.
9. **Kumari U và các cộng sự.** (2022), "A Study of Clinical Characteristics, Demographic Characteristics, and Fetomaternal Outcomes in Cases of Placenta Previa: An Experience of a Tertiary Care Center", Cureus, 14(12), tr. e32125.
10. **Suknikhom W và Tannirandorn Y** (2011), "Previous uterine operation and placenta previa", J Med Assoc Thai, 94(3), tr. 272-7.

## KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA DỊ HÌNH CUỐN MŨI GIỮA VÀ CÁC TÁC ĐỘNG TRONG KHOANG MŨI

Nguyễn Triều Việt<sup>1</sup>, Đỗ Hội<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát các dạng dị hình của cuốn mũi giữa và tác động của chúng đối với sự thông thoáng khe giữa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 73 bệnh nhân đến khám vì các than phiền vùng mũi xoang được chụp CT scan mũi xoang. **Kết quả:** 52,1% số mẫu được khảo sát có các dị hình liên quan xoang hơi cuốn mũi giữa và 12,3% cuốn mũi giữa đảo chiều. Tác động của tình trạng khí hóa cuốn mũi đến tình trạng tắc nghẽn khe giữa, gây viêm xoang không được xác định rõ ràng, tùy vào mức độ khí hóa. **Kết luận:** Các dị hình cuốn mũi giữa như xoang hơi cuốn

mũi với những dạng khác nhau, cuốn giữa đảo chiều thường gặp trên lâm sàng với tỉ lệ 63,4%. Tác động của các dị hình này đến dẫn lưu khe giữa gây viêm các xoang cạnh mũi chưa được xác định rõ ràng, việc này tùy thuộc vào mức độ khí hóa cũng như các cấu trúc khác trong khu vực này.

**Từ khóa:** xoang hơi cuốn mũi, cuốn mũi giữa đảo chiều, khe giữa

### SUMMARY

#### SURVEY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN MIDDLE TURBINE DEFORMITIES AND IMPACT ON THE NASAL CAVITY

**Objective:** To investigate middle turbinate deformities and their impact on middle meatus drainage. **Subjects and methods:** A cross-sectional study of 73 patients presenting for sinus complaints who underwent CT scan of the nose and paranasal sinuses. **Results:** 52.1% of the surveyed samples had middle turbinate-related deformities and 12.3% had paradoxically middle turbinate. The impact of turbinate

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: ntviet@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

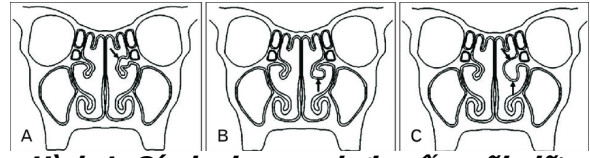
Ngày duyệt bài: 30.12.2024

pneumatization on middle meatus obstruction, causing sinusitis, is not clearly defined, depending on the degree of pneumatization. **Conclusion:** Middle turbinate deformities such as concha bullosa with different forms, paradoxically middle turbinates are commonly encountered in clinical practice with a rate of 63.4%. The impact of these deformities on middle meatus drainage causing paranasal sinusitis has not been clearly determined, this depends on the degree of pneumatization as well as other structures in this area. **Keywords:** concha bullosa, paradoxically middle turbinate, middle meatus

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

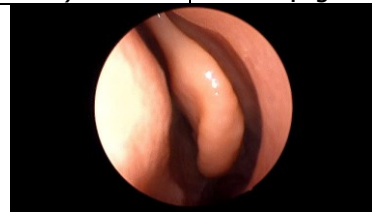
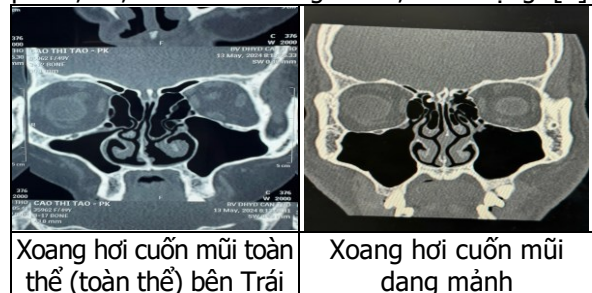
Cuốn giữa của khoang mũi là một xương phẳng, khi có sự khí hóa từ các tế bào sàng trước hoặc ít phổ biến hơn là từ các tế bào sàng sau lẫn vào xương, thì nó được gọi là xoang hơi cuốn mũi (XHCM). XHCM được coi là một biến thể giải phẫu mũi phổ biến và không được coi là một bệnh. Trong số ba đôi cuốn mũi, cuốn mũi giữa thường bị ảnh hưởng bởi XHCM; xoang hơi cuốn trên và cuốn dưới hiếm khi xuất hiện hơn. Cuốn giữa bị khí hóa được phân loại thành ba nhóm dựa trên vị trí của khí hóa và phần mở rộng: loại khí hóa mảnh nền là khí hóa dọc của concha, loại bóng là khí hóa phần đầu cuốn và XHCM rộng là khí hóa của cả các mảnh nền và đầu cuốn mũi. Thông thường, XHCM chỉ chứa một tế bào khí hóa, tuy nhiên trường hợp có nhiều tế bào trong một XHCM thường ít gặp [1].

Dị hình cuốn giữa là những biến đổi về hình thái của cuốn giữa như xoang hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều, cuốn giữa hai thùy, cuốn giữa xẻ đôi... Ngày nay, nhờ sự ra đời của nội soi kết hợp với chụp cắt lớp vi tính (CLVT) cho phép đánh giá chính xác, đầy đủ hơn về loại, vị trí, kích thước dị hình cũng như tình trạng bệnh lý mũi xoang phối hợp. Tuy nhiên, các nghiên cứu vẫn còn tranh cãi về mối liên quan giữa dị hình cuốn giữa với các tác động đối với thông khí trong khoang mũi. Một số tác giả cho rằng những dị hình như xoang hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều có thể gây ra những biến đổi về thông khí trong hốc mũi và rối loạn sự vận chuyển niêm dịch trong xoang dẫn đến các bệnh lý mũi xoang. Chính vì vậy, giải quyết dị hình, trả lại sự dẫn lưu và thông khí bình thường cho mũi xoang là mục tiêu điều trị của viêm mũi xoang mạn tính có những kiểu dị hình này. Đối với các kiểu dị hình như cuốn giữa chẻ đôi, cuốn giữa hai thùy... trong y văn ghi nhận không phải là nguyên nhân hoặc là yếu tố thúc đẩy gây nên bệnh lý viêm mũi xoang [2]. Do vậy, đối với những kiểu dị hình này thì việc can thiệp cuốn giữa không mang lại lợi ích đối với các bệnh lý vùng mũi xoang.



**Hình 1. Các loại xoang hơi cuốn mũi giữa (mũi tên): (A) kiểu mảnh, (B) kiểu bóng (đầu cuốn mũi), và (C) kiểu lan rộng. [7]**

Các nghiên cứu trước đây đã phân loại xoang hơi cuốn mũi theo mức độ khí hóa như: xoang hơi mảnh nền được định nghĩa là khí hóa phần đầu cuốn mũi, và loại rộng hay toàn bộ được đặc trưng bởi khí hóa cả hai đoạn. Trong nghiên cứu hiện tại, loại thường gặp nhất được quan sát thấy là loại rộng (44,0%), tiếp theo là loại mảnh nền (43,5%), sau đó là loại bóng chỉ được quan sát thấy ở (12,5%) trong số các trường hợp dị hình cuốn mũi dưới. Bolger và cộng sự báo cáo rằng tỷ lệ xoang hơi cuốn mũi loại rộng là (15,7%), loại bóng là (46,2%) và loại mảnh nền là (31,2%) [2]. Trong một nghiên cứu khác do Stallman và cộng sự thực hiện xoang hơi cuốn mũi được tìm thấy ở 44,0% các trường hợp và ở một bên ở 35,0% bệnh nhân, trong số các loại xoắn này; 42,0% là phiến, 44,0% là hình bóng và 13,0% là rộng. [4]



**Cuốn mũi giữa đảo chiều bên Trái ghi nhận trên nội**

## **Hình 2. Các dạng xoang hơi và cuốn mũi giữa đảo chiều ghi nhận trong nghiên cứu**

**Nguồn: bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ**

Do vậy, để có thể xác định các dạng dị hình cuốn giữa tác động đến các yếu tố khác trong hốc mũi trên thực tế người Việt Nam chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu:

- Xác định các dạng dị hình cuốn giữa
- Đánh giá tác động của các dạng dị hình cuốn giữa đến khu vực khe giữa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ có khảo sát CT scan vùng mũi xoang năm 2022-2024.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chụp cắt lớp vi tính vùng mũi xoang với các tư thế Axial, Coronal và Saggital, được ghi nhận đầy đủ cấu trúc của khu vực khe mũi giữa cùng với cấu trúc chi tiết cuốn mũi giữa.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân có khối u ác tính vùng mũi xoang

### Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm thực hiện: Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Trường đại học Y Dược Cần Thơ.

Thời gian thực hiện: Nghiên cứu được thực

hiện từ tháng 06/2023 đến tháng 06/2024.

### Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm chung.** Qua thời gian thực hiện nghiên cứu chúng tôi đã ghi nhận được kết quả trên 73 trường hợp với các đặc điểm chung như sau

Tỷ lệ người bệnh là nam giới chiếm 50,4% cao hơn nữ giới là 49,6%, tỷ lệ nam/nữ là 1,02,  $p > 0,05$ .

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $45 \pm 11,2$  lớn nhất là 57 tuổi và nhỏ nhất 34 tuổi.

**Các hình thái dị hình cuốn giữa qua nội soi và chụp CLVT**

**Bảng 1. Tổng số dị hình cuốn mũi giữa**

N=146	Tổng số khí hóa cuốn mũi giữa N=76 (52,1%)			Tổng số cuốn mũi giữa đào chiều N=18
Đặc điểm cuốn mũi giữa	Xoang hơi cuốn mũi giữa dạng bóng	Xoang hơi hình mảnh cuốn mũi giữa	Xoang hơi toàn bộ cuốn mũi	18 (12,3%)
N (%)	42 (28,8%)	20 (14,3%)	14 (9,6%)	

**Nhận xét:** Trong 73 bệnh nhân nghiên cứu tương ứng là 146 khoang mũi, có 94 hốc mũi có dị hình. Xoang hơi là dị hình gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 52,1%, cuốn giữa đào chiều chiếm 12,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận cuốn giữa hai thùy và cuốn giữa chẻ đôi.

**Bảng 2. Mức độ XHCG và tình trạng tắc PHLN, viêm nhóm xoang trước**

		Hốc mũi trái			Hốc mũi phải			P
		Độ 2	Độ 3	Độ 4	Độ 2	Độ 3	Độ 4	
Tổng số xoang hơi		10	11	20	10	9	16	<0.05
Tắc khe giữa	Có	1	1	2	1	0	2	
	Không	2	2	3	0	0	2	
Viêm xoang hàm	Có	1	2	2	2	2	1	<0.05
	Không	2	2	4	1	0	2	
Viêm xoang sàng	Có	1	1	2	1	1	3	<0.05
	Không	2	2	4	2	2	1	
Viêm xoang trán	Có	0	0	0	1	1	1	<0.05
	Không	1	1	2	2	3	2	

**Nhận xét:** Không có mối liên quan có ý nghĩa giữa các mức độ XHCG và tình trạng tắc PHLN, viêm xoang hàm ( $p < 0,05$ ). Không có mối liên quan giữa các mức độ XHCG và viêm xoang sàng, viêm xoang trán ( $p > 0,05$ ). Đánh giá chung không có mối liên quan giữa dị hình cuốn mũi giữa và tình trạng tắc nghẽn sự thông thoáng của các xoang cạnh mũi

## IV. BÀN LUẬN

Những tiến bộ trong chụp CT và sự phổ biến rộng rãi của phẫu thuật nội soi xoang đã làm tăng khả năng phát hiện các biến thể cuốn giữa. Các biến thể cuốn giữa bao gồm xoang hơi, đào chiều và cuốn giữa thứ phát và phụ. Những biến thể này và mối quan hệ của chúng với lệch vách

ngăn có thể là nguồn gây tắc nghẽn khe giữa và sau đó là đau đầu và viêm xoang mũi [5].

Cuốn mũi giữa hoạt động như một chất làm ẩm không khí hít vào. Nó hỗ trợ phân lớp luồng không khí hít vào sau đó đẩy nó lên trên về phía biểu mô của niêm mạc khứu giác. Cuốn mũi giữa được khí hóa, có thể xảy ra ở một bên hoặc hai bên. Các tế bào sàng trước hoặc sau chịu trách nhiệm tạo ra sự khí hóa này. Tỷ lệ xuất hiện xoang hơi dao động từ 14,0% đến 53,0%. Ngoại trừ trường hợp xoang hơi có kích thước lớn chặn đường thở qua mũi hoặc chèn ép bít tắc lỗ thông xoang gây nên các khó chịu, ngoài ra, hầu như bệnh nhân không có triệu chứng và chỉ được phát hiện tình cờ trên CT scan [5].

CT scan là công cụ chẩn đoán tiêu chuẩn vàng cho các bệnh lý về mũi và các xoang cạnh mũi, và nhiều kỹ thuật tiên tiến hiện đang được sử dụng để quản lý trước các bệnh lý về mũi và các xoang cạnh mũi khác nhau. Đánh giá được chi tiết về các biến thể giải phẫu của các cuộn mũi là rất quan trọng đối với các thủ thuật phẫu thuật hiệu quả và an toàn đặc biệt là trong phẫu thuật nội soi xoang chức năng. Trong nghiên cứu hiện tại, các biến thể cuộn mũi giữa đã được nghiên cứu bằng MSCT ở những người lớn không có triệu chứng với mũi không có bệnh lý và xoang cạnh mũi. Biến thể cuộn mũi giữa thường gặp nhất là xoang hơi (52,1%), tiếp theo là cuộn mũi đảo chiều (12,3%). Tỷ lệ xoang hơi trước đây được báo cáo là từ 14 đến 53% và lên tới 73% [4][5]. San et al. đã báo cáo tỷ lệ mắc các loại xoang hơi cao hơn như 46,9% đối với xoang hơi toàn thể, 32,2 % đối với xoang hơi dạng bóng và 20,8% đối với xoang hơi dạng mảnh. Sự khác biệt có thể là do sự khác biệt về chủng tộc và các phương pháp phân tích được sử dụng. Trong nghiên cứu hiện tại, tỷ lệ mắc cuộn mũi giữa đảo chiều là 33,7% và là hai thùy ở 76% các bên bị ảnh hưởng [6]. Một số nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ mắc thấp hơn lần lượt là 29% và 26,1%. Sự liên quan của nhiều biến thể giải phẫu cuộn mũi giữa nhiều hơn với cuộn giữa đảo chiều và cuộn giữa chẻ đôi. Một số báo cáo đã gợi ý mối quan hệ giữa sự hiện diện của xoang hơi cuộn mũi và lệch vách ngăn mũi, Tiwari và cộng sự đã tìm thấy mối quan hệ chặt chẽ giữa sự hiện diện của một xoang hơi (một xoang hơi to hoặc một bên) và lệch vách ngăn mũi; mặt khác, Vincent và Gendeh đã bác bỏ lệch vách ngăn mũi là liên quan đến xoang hơi cuộn mũi trong quá trình phát triển và sinh bệnh của viêm mũi xoang mạn tính [8,9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy không có mối liên hệ đáng kể nào giữa biến thể giải phẫu cuộn giữa phổ biến nhất là xoang hơi cuộn mũi và đảo chiều cuộn mũi và sự hiện diện của lệch vách ngăn mũi cùng bên hoặc đối bên, vì vậy nghiên cứu của chúng tôi coi xoang hơi cuộn mũi và lệch vách ngăn mũi là những biến thể ngẫu nhiên.

Sự hiện diện của những biến thể này trong nghiên cứu của chúng tôi ở người lớn bình thường không bị viêm xoang mũi có thể có nghĩa là không có mối liên hệ cụ thể nào giữa các biến thể giải phẫu của MT và viêm xoang mũi. Điều này ủng hộ giả thuyết rằng các yếu tố tại chỗ, toàn thân, môi trường hoặc bệnh niêm mạc nội tại có thể có ý nghĩa hơn trong quá trình sinh bệnh viêm xoang mũi.

Xoang hơi cuộn giữa trên hình ảnh CLVT

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận XHCG một bên và hai bên chiếm tỷ lệ bằng nhau (50%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Weal với tỷ lệ xoang hơi một bên 44,5% và hai bên 55,5% [7]. Tuy nhiên, Lê Xuân Ngọc lại ghi nhận XHCG một bên chiếm 67,2% nhiều hơn XHCG hai bên chiếm 32,8%; Murat K. với tỷ lệ xoang hơi một bên 45,1% và hai bên 54,9% [1,7], Dina ghi nhận tỷ lệ XHCG một bên và hai bên là bằng nhau (50%) [8]. Như vậy XHCG có thể xuất hiện ở một bên hoặc hai bên với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Tùy thuộc vào vị trí khí hóa CMG, XHCG được chia thành ba loại là bóng, dạng mảnh và toàn thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dạng toàn thể chiếm phần lớn (44,3%), tiếp đó là hình mảnh (31,1%) và dạng bóng chiếm tỷ lệ thấp nhất (25,6%). Kết quả này tương đồng với tác giả Wael và không tương đồng với Lê Xuân Ngọc với tỷ lệ dạng bóng là lớn nhất (42,9%), hình mảnh là 25% và dạng toàn thể là 32,1% [6]; Shrikrishna ghi nhận tỷ lệ hình bóng là 31%, hình mảnh 23% và hình phối hợp 46% [7]. Nhìn chung tỷ lệ dị hình phối hợp là cao nhất vì loại này thường có kích thước lớn nên thường gây biểu hiện lâm sàng khiến bệnh nhân đi khám và được chỉ định phẫu thuật. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Xuân Ngọc [1] với vị trí đầu cuộn chiếm tỷ lệ lớn nhất (69,6%), tiếp đến là vị trí toàn bộ cuộn (21,5%) và vị trí đuôi cuộn chiếm tỷ lệ thấp nhất (8,9%) [6].

Dựa vào kích thước XHCG Kyung Rae Kim chia XHCG làm 4 độ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ 4 chiếm tỷ lệ lớn nhất (47,2%), tiếp đó là độ 3 (27,2%) và độ 2 chiếm tỷ lệ thấp nhất (25,6%), không có trường hợp độ 1.

**Phân bố cuộn giữa đảo chiều trên hình ảnh CLVT.** CGĐC một bên chiếm 62,5% và CGĐC hai bên chiếm 37,5%. Trong đó CGĐC bên phải là 25%, CGĐC bên trái là 37,5%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Santos S. với tỷ lệ CGĐC một bên nhiều hơn so với hai bên [9]; Narendrakumar V. ghi nhận tỷ lệ một bên 54,5% và hai bên 45,5%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,005$ .

Xoang hơi cuộn mũi giữa khi đủ to có thể chèn ép vào các cấu trúc lân cận vùng khe giữa và tác động vào sự dẫn lưu phế quản và lỗ thông của xoang hàm trên, xoang sàng trước và xoang trán gây ra tác động tiêu cực đến khả năng thông khí của chúng khiến chúng dễ bị nhiễm trùng hơn. Ngoài ra, có một mối quan hệ chặt chẽ giữa tỷ lệ xoang hơi cuộn mũi và độ lệch vách ngăn mũi

đối diện [1]. Tuy nhiên, độ lệch vách ngăn mũi có thể không phải là kết quả của xoang hơi cuốn mũi đầy, mà có vẻ như là do các yếu tố phát triển khác chưa được biết đến liên quan đến concha và vách ngăn mũi [2]. Mặc dù sự hiện diện của xoang hơi cuốn mũi và độ lệch vách ngăn là những yếu tố tiềm ẩn trong sự phát triển của bệnh xoang, nhưng đây vẫn là vấn đề gây tranh cãi [9]. Ngoài ra, bản thân xoang hơi cuốn mũi là nguyên nhân phổ biến gây đau đầu do mũi.

## V. KẾT LUẬN

Xoang hơi cuốn mũi giữa thường gặp trên thực tế lâm sàng, với nhiều dạng khí hóa khác nhau, bên cạnh đó là dạng cuốn mũi giữa đảo chiều. Việc xuất hiện các dạng cấu trúc này của cuốn mũi giữa không phải lúc nào cũng gây ảnh hưởng đến sự thông khí qua mũi hay sự thông thoáng của khe giữa mà nó phụ thuộc vào mức độ khí hóa, các cấu trúc có liên quan khác trong khu vực khoang mũi. Khi đánh giá các cấu trúc này cần đánh giá tổng thể các mối liên quan của các cấu trúc để có thể đưa ra một chẩn đoán cũng như phương pháp can thiệp phù hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Thanh** (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của xoang hơi cuốn giữa và mối liên quan với bệnh lý mũi xoang, Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa Cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Xuân Ngọc** (2017), Đánh giá kết quả phẫu

thuật chỉnh hình xoang hơi cuốn giữa theo phương pháp bảo tồn niêm mạc, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

3. **Gisma A.M., Kamal E.B., Helen S.M.G., Suban M.G.** (2021), "Anatomical variations of the middle Turbinate among adult Sudanese Population –A Computed Tomographic Study", *Bangladesh Journal of Medical Science*, 20 (01), pp. 62-67.
4. **Kyung R. K., Seung H. L.** (2000), "Concha Bullosa: Incidence and Relationship with Chronic Sinusitis on OMU CT", *J Rhinol*, 7 (2), pp. 101-104.
5. **Lee Juyeon, Park Sang Man, Cha Seung-Whan, Moon Jin Sil, Kim Myung Soon** (2020), "Does Nasal Septal Deviation and Concha Bullosa Have Effect on Maxillary Sinus Volume and Maxillary Sinusitis?: A Retrospective Study", *J Korean Soc Radiol*, 81(6), pp. 1377-1388.
6. **Mohammad W.E., Atef H.A., Rania M. A, Ghada A., and Mohamed E.H. Ashraf R.** (2020), "Radiological middle turbinate variations and their relation to nasal septum deviation in asymptomatic adult", *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*, 104, pp. 51-56.
7. **Murat K., Mustafa A.** (2022), "The incidence of concha bullosa: a retrospective radiologic study", *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 280 (2), pp. 731-735.
8. **Raag R., Jawed A., Avanish K., Binod K., Rajiv R.S.** (2020), "CT Scan Evaluation of Prevalence of Paradoxical Middle Turbinate In Adult Population of Bihar", *Academia Anatomica International*, 6 (1), pp. 1-4.
9. **Santosh K.S.** (2021), "Middle turbinate concha bullosa and its relationship with chronic sinusitis: a review", *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*, 7(6), pp. 1062-1067.

## VAI TRÒ CỦA KỸ THUẬT GÂY TẮC ĐỘNG MẠCH TRƯỚC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT HO RA MÁU

**Trịnh Thị Hằng<sup>1,2</sup>, Đinh Văn Lượng<sup>1,2</sup>, Đỗ Xuân Cảnh<sup>1</sup>,  
Kiều Bảo Trang<sup>2</sup>, Lê Thị Tuyết<sup>2</sup>, Hoàng Thu Huyền<sup>2</sup>, Lê Thị Phương<sup>2</sup>**

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ho ra máu điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Phổi Trung Ương và đánh giá vai trò của kỹ thuật gây tắc động mạch phế quản trước điều trị phẫu thuật ho ra máu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 205 người bệnh ≥ 16 tuổi, được phẫu thuật ho ra máu, tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 1/2018 đến tháng 12 năm

2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 50 tuổi, nam giới chiếm 76%. Có 41% các bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện, đa số các bệnh nhân có tiền sử bệnh phổi trước đó, trong đó hay gặp nhất là lao phổi, chiếm 55.6%. Hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính khá đa dạng, 3 tổn thương hay gặp nhất là nốt, đông đặc và u nấm, với tỉ lệ lần lượt là 33.7%, 41.5%, 48.3%. 3 nguyên nhân hay gặp nhất là u nấm, lao phổi, giãn phế quản, với tỷ lệ lần lượt 40.5%, 19.5%, 18.5%. Trong 205 bệnh nhân được phẫu thuật, có 57 bệnh nhân được gây tắc động mạch phế quản trước mổ (chiếm 27.8%). Không có sự khác biệt về kết quả phẫu thuật của nhóm có gây tắc động mạch phế quản trước mổ và nhóm không gây tắc động mạch phế quản trước mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật ho ra máu có thể được tiến hành bất cứ khi nào khả thi, việc gây tắc động mạch phế quản trước phẫu thuật có thể không có lợi.

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Lượng

Email: dinhvanluong66@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024