

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN DƯỚI BẰNG PHƯƠNG PHÁP TẠO HÌNH VẬT TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM QUÁ PHÁT CUỐN MŨI DƯỚI

Nguyễn Văn Trường<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Ngọc<sup>1</sup>,  
Trương Mạnh Cường<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Nhật<sup>1</sup>, Lê Trung Nhật<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn dưới bằng phương pháp tạo hình vật trong điều trị viêm mũi quá phát cuốn dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng trên 48 bệnh nhân (BN)  $\geq 18$  tuổi, ngạt mũi do quá phát cuốn mũi dưới không đáp ứng với nội khoa; được phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới bằng phương pháp tạo hình vật tại Khoa Phẫu thuật và điều trị theo yêu cầu – Bệnh viện TWQĐ 108 từ ngày 01/08/2023 đến ngày 30/07/2024. Đánh giá hiệu quả dựa vào thang điểm đánh giá nghẹt mũi (NOSE), nội soi mũi và chỉ số Glatzel trước và sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. **Kết quả:** 48 ca; 22 nam, 26 nữ; tuổi trung bình  $34,87 \pm 8,2$ . Thời gian phẫu thuật trung bình  $14,8 \pm 2,30$  phút; ít đau; ít chảy máu; ít tạo vảy mũi sau mổ. 56,25% cải thiện ngạt mũi ngay từ tuần đầu sau mổ; 70,6% cải thiện sau 1 tháng và 91,6% sau 3 tháng với điểm NOSE giảm có ý nghĩa thống kê (66,8 so với 36,2;  $P < 0,0001$ ) và duy trì đến sau mổ 1 tháng và 3 tháng ( $P < 0,0001$ ). Các triệu chứng đi kèm với nghẹt mũi: chảy mũi, hắt hơi, khô họng, mất mùi, nhức đầu đều giảm có ý nghĩa thống kê về tần suất lẫn mức độ ( $P < 0,05$ ). Chỉ số Glatzel trung bình sau mổ là  $6,93 \pm 0,78$ cm, trong đó thấp nhất là 5cm, cao nhất là 8cm. Có 41/48 BN chiếm tỷ lệ 81,66% hết ngạt sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn dưới bằng phương pháp tạo hình vật trong điều trị viêm mũi quá phát cuốn dưới là phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị ngạt mũi mạn do quá phát cuốn mũi dưới. **Từ khóa:** Quá phát cuốn mũi dưới, ngạt mũi, tạo hình vật

## SUMMARY

### EVALUATION OF OUTCOMES FOLLOWING ENDOSCOPIC MEDIAL FLAP INFERIOR TURBINOPLASTY IN THE TREATMENT OF INFERIOR TURBINATE HYPERTROPHY

**Objective:** To evaluate the outcomes of endoscopic Medial flap Inferior turbinoplasty in the treatment of Inferior turbinate hypertrophy. **Subjects and Methods:** A clinical trial was conducted on 48 patients aged  $\geq 18$  years, suffering from nasal obstruction due to inferior turbinate hypertrophy unresponsive to medical treatment. These patients

underwent Endoscopic Medial flap Inferior turbinoplasty at the Department of Surgery and Required Services at 108 Military Central Hospital from August 1, 2023, to July 30, 2024. Effectiveness was assessed based on nasal obstruction evaluation (NOSE score), nasal endoscopy, and Glatzel mirror test score before surgery and at 1 week, 1 month, and 3 months postoperatively. **Results:** The study included 48 cases (22 males, 26 females) with a mean age of  $34.87 \pm 8.2$  years. The average surgery duration was  $14.8 \pm 2.30$  minutes. Postoperative pain, bleeding, and nasal crusting were minimal. Nasal obstruction improved in 56.25% of patients by the first postoperative week, 70.6% after 1 month, and 91.6% after 3 months, with a statistically significant reduction in NOSE scores (66.8 vs 36.2,  $P < 0.0001$ ), which was maintained at 1 and 3 months ( $P < 0.0001$ ). Accompanying symptoms of nasal obstruction—rhinorrhea, sneezing, dry throat, anosmia, and headache—showed statistically significant reductions in both frequency and severity ( $P < 0.05$ ). The mean postoperative Glatzel mirror test score was  $6.93 \pm 0.78$  cm, ranging from 5 cm to 8 cm. A total of 41/48 patients (81.66%) experienced complete relief from nasal obstruction after surgery. **Conclusion:** Endoscopic Medial flap Inferior turbinoplasty is a safe and effective method for treating chronic nasal obstruction caused by inferior turbinate hypertrophy

**Keywords:** inferior turbinate hypertrophy, nasal obstruction, Medial flap Inferior turbinoplasty

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc nghẽn mũi do quá phát cuốn mũi dưới là một vấn đề thường gặp. Quá phát cuốn mũi là do viêm mũi mãn tính dị ứng hoặc không dị ứng và do phì đại tuyến dưới niêm mạc, tắc nghẽn mạch máu và lắng đọng collagen. Tắc nghẽn mũi do quá phát cuốn mũi làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Chỉnh hình cuốn dưới là một trong những phẫu thuật tại mũi được thực hiện phổ biến để làm thu gọn cuốn mũi dưới, làm giảm tắc nghẽn mũi trong khi vẫn bảo tồn chức năng của cuốn dưới<sup>1</sup>.

Phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới là một phương pháp thu nhỏ cuốn dưới phổ biến trong tai mũi họng từ cuối những năm 1906<sup>2</sup>. Ban đầu phẫu thuật cắt cuốn dưới toàn phần được ủng hộ, tuy nhiên do các biến chứng như: chảy máu, đóng vảy, viêm mũi teo và những biến chứng khác liên quan đến sinh lý đường thở mũi nên việc cắt cuốn đã bị loại bỏ<sup>3</sup>. Trong hơn một thế kỷ qua, nhiều phương pháp phẫu thuật khác

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trường

Email: nguyenvantruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

nhau đã được phát triển để giảm thể tích của các cuốn mũi dưới, tạo ra đường thở mũi thông thoáng hơn. Các phương pháp này bao gồm: các phương pháp cắt bỏ niêm mạc cuốn mũi dưới, cắt dây thần kinh Vidian, đốt điện, liệu pháp lạnh, đốt laser (sử dụng một số loại laser khác nhau), giảm thể tích cuốn (ví dụ như coblation) và các thủ thuật nội soi (bao gồm sử dụng dụng cụ cắt lọc)<sup>4,5</sup>. Gần đây phương pháp phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới tạo vạt được ủng hộ vì làm giảm đáng kể các biến chứng sau mổ.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về phương pháp chỉnh hình cuốn dưới tạo hình vạt. Tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về phương pháp này, để góp phần vào việc nâng cao chất lượng điều trị chúng tôi tiến hành nghiên cứu cứu: *"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"*.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi đến khám vì nghẹt mũi và được chẩn đoán quá phát cuốn mũi dưới có chỉ định phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật và điều trị Theo yêu cầu – Bệnh viện TWQĐ 108 từ ngày 01/08/2023 đến ngày 30/07/2024.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Có kèm theo bệnh lý tại chỗ: viêm mũi xoang cấp, polype mũi xoang, u mũi xoang, vẹo vách ngăn...; bệnh lý nội khoa nặng hoặc bệnh lý đông máu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp.

**2.2.2. Phương tiện nghiên cứu.** Hệ thống nội soi chẩn đoán và ống nội soi cứng 0°- hãng Karl-Storz

Gương Glatzel cải tiến

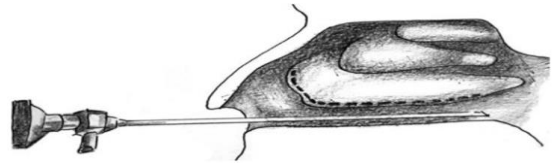
Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang

### 2.2.3. Các bước tiến hành

*Quy trình phẫu thuật<sup>4,6</sup>:*

**Vô cảm:** Gây mê nội khí quản. Gây tê niêm mạc cuốn mũi dưới bằng Lidocaine 2% có pha Adrenaline 1/100.000 dọc theo mặt trong và suốt chiều dài của cuốn mũi dưới trước khi tiến hành phẫu thuật.

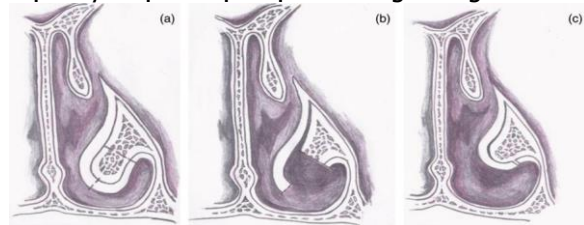
• Optic nội soi xoang 0° tiêu chuẩn được sử dụng trong tất cả các thủ thuật phẫu thuật cuốn mũi. Một đường rạch dọc được thực hiện chạy xuống dưới từ đầu của cuốn mũi dưới đi đến phần sau cuốn (Hình 1), sử dụng dao mổ cỡ 15, và hoàn thành bằng kéo vi phẫu nếu cần thiết.



**Hình 1.** Sơ đồ cho thấy đường rạch dọc ban đầu

• Dùng pay chia độ để tách phần xương và niêm mạc cuốn dưới, sau đó loại bỏ toàn bộ phần xương cuốn dưới dưới niêm mạc. Dùng bipolar để đốt điện các mạch máu ở phần đuôi cuốn dưới để hạn chế nguy cơ chảy máu sau mổ.

• Với phần xương cuốn dưới được lấy đi và các mạch máu được đốt điện, vạt niêm mạc phía trong có thể được cuộn lại ra phía ngoài để tạo thành cuốn mũi mới với kích thước bằng một nửa so với kích thước cuốn ban đầu. Vạt niêm mạc này được cố định tại chỗ bằng miếng Merocel



**Hình 2.** Sơ đồ mũi trái, cho thấy 3 bước phẫu thuật liên tiếp

(a) rạch niêm mạc (đường chấm); (b) tạo vạt niêm mạc và cắt bỏ một phần cuốn mũi; (c) đặt lại vạt niêm mạc trên gốc cuốn mũi

Rút merocel sau 48 giờ. Bệnh nhân xuất viện sau mổ 48 giờ nếu tình trạng ổn định. Khi xuất viện, tất cả bệnh nhân đều được kê toa thuốc uống trong 1 tuần, bao gồm: kháng sinh, kháng viêm, tiêu nhầy và nước muối sinh lý rửa mũi hàng ngày.

Bệnh nhân được hẹn tái khám sau mổ 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

Việc đánh giá hiệu quả phẫu thuật được thực hiện chủ yếu dựa vào: thang điểm đánh giá nghẹt mũi (NOSE), thang điểm đánh giá đau và các triệu chứng cơ năng khác (VAS), nội soi mũi xoang (sau mổ 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng) và đo Acoustic Rhinometry (sau mổ 1 tháng và 3 tháng).

**Đánh giá kết quả.** Thời gian phẫu thuật; chảy máu trong mổ, sau mổ, đau trong và sau mổ, tạo vảy mũi sau mổ.

Thang điểm NOSE (từ 0-100 điểm, với 0 điểm: không có vấn đề; 100 điểm: vấn đề rất nặng), gồm 5 yếu tố đánh giá: Nghẹt mũi, tắc mũi, khó chịu khi thở mũi, nghẹt mũi ảnh hưởng đến giấc ngủ và không thể lấy đủ khí qua mũi khi tập thể dục/gắng sức. Thang điểm VAS (từ 0-100) về các triệu chứng đi kèm nghẹt mũi. Đo Acoustic Rhinometry sau mổ 1 tháng và 3 tháng.

**Xử lý số liệu** Bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Dùng phép kiểm t cặp đôi để kiểm định sự khác biệt giữa trước và sau mổ của thang điểm NOSE và các chỉ số Glatzel

Chỉ số Glatzel trước và sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng: Đánh giá chỉ số thông qua vết mờ hơi nước trên gương Glatzel cải tiến:

- + Thông khí quá mức: Vết mờ trên gương  $\geq 9$ cm.
- + Không ngạt: Vết mờ trên gương từ 6 – < 9cm.
- + Ngạt nhẹ: Vết mờ trên gương từ 4 – < 6cm.
- + Ngạt vừa: Vết mờ trên gương 3 – < 4cm.
- + Ngạt nặng: Vết mờ trên gương < 3cm.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 01/08/2023 đến ngày 30/07/2024 tại Khoa Phẫu thuật và điều trị Theo yêu cầu – Bệnh viện TWQĐ 108 có tất cả 48 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu được phẫu thuật theo phương pháp nội soi chỉnh hình cuốn dưới tạo vạt dưới gây mê qua nội khí quản.

**Tuổi.** Tuổi trung bình là  $34,87 \pm 8,2$  tuổi; tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi; tuổi lớn nhất là 64

Nhóm tuổi 31-40 chiếm tỉ lệ cao nhất (44,38%).

**Giới.** Nam (22 ca; 45,8%), ít hơn nữ (26 ca; 54,2%). Tỉ lệ nam:nữ = 0,85.

**Nghề nghiệp và yếu tố tiếp xúc.** Nghề nghiệp của mẫu nghiên cứu khá đa dạng, trong đó nhóm là nghề công nhân (28,26%) và nội trợ (23,91%) chiếm đa số. Đa số bệnh nhân sinh sống và làm việc trong môi trường có tiếp xúc với khói bụi và máy lạnh (86,95%).

Tiền căn sử dụng thuốc co mạch tại chỗ: 70,56% từng sử dụng thuốc co mạch tại chỗ. Trong đó, đa số là do tự ý mua (56,72%) và 46,64% dùng thuốc kéo dài trên 1 tháng.

**Thời gian phẫu thuật.** Tính từ khi bắt đầu rạch đầu niêm mạc cuốn mũi dưới cho đến khi kết thúc phẫu thuật, kéo dài 8 đến 30 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $14,8 \pm 2,30$  phút.

**Ước lượng máu mất.** Không đáng kể (10-15ml), chủ yếu là máu chảy ra từ vị trí rạch niêm mạc cuốn mũi dưới.

**Biến chứng trong phẫu thuật.** Rách niêm mạc cuốn mũi dưới 8,33% (4 ca). Không ghi nhận chảy máu sau phẫu thuật.

**Đau trong và sau mổ.** Có 20/48 trường hợp (41,66%) than đau vết mổ sau phẫu thuật 12 giờ, một số vẫn còn đau sau mổ 1 tuần (20,74%). Sau 1 tháng trở lên, không có bệnh nhân đau vết mổ.

**Tần suất nghẹt mũi.** 56,25% cải thiện nghẹt mũi ngay từ tuần đầu sau mổ; 70,6% cải thiện sau 1 tháng và 91,6% sau 3 tháng.

**Thang điểm NOSE:** Giảm có ý nghĩa thống

kê tại các thời điểm đánh giá sau mổ ( $P < 0,0001$ )

**Bảng 1. Thang điểm đánh giá nghẹt mũi (NOSE) trước và sau mổ**

Thời điểm đánh giá	Thang điểm NOSE		t-test
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
Trước mổ	66,8	17,2	
Sau mổ 1 tuần	36,2	12,4	$< 0,0001$
Sau mổ 1 tháng	20,8	10,3	$< 0,0001$
Sau mổ 3 tháng	16,2	8,8	$< 0,0001$

NOSE: Nasal Obstruction Symptom Evaluation (đánh giá triệu chứng nghẹt mũi)

**Thang điểm VAS** (visual analogue scale)

Các triệu chứng cơ năng khác: Bao gồm chảy mũi, hắt hơi, mất mùi, khô họng, nhức đầu đều cải thiện về cả tần suất lẫn mức độ; với điểm VAS giảm có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm đánh giá sau mổ ( $P < 0,05$ )

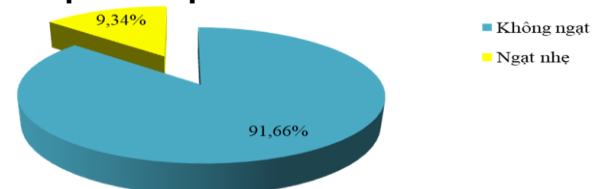
**Tình trạng tạo vảy mũi sau mổ.** Sau mổ 1 tuần, có 20 ca (41,66%) tạo vảy mũi mức độ từ ít đến vừa; sau 1 tháng và 3 tháng, không ghi nhận trường hợp nào còn vảy mũi.

Tình trạng cải thiện kích thước đầu cuốn mũi dưới sau mổ

Sau mổ 1 tuần, có 70,8% trường hợp đầu cuốn mũi dưới thu nhỏ lại hơn so với trước khi mổ; sau 1 tháng và 3 tháng tỷ lệ này là 100%.

**Tình trạng lành thương sau mổ.** Sau mổ 1 tuần, đa số trường hợp đều lành thương tốt (88,23%), không ghi nhận trường hợp nào lành thương kém. Sau 1 tháng, 3 tháng tỷ lệ lành thương tốt là 100%

**Mức độ ngạt thông qua chỉ số Glatzel sau phẫu thuật**



**Biểu đồ 1. Mức độ ngạt sau phẫu thuật thông qua gương Glatzel**

- Chỉ số Glatzel trung bình sau mổ là  $6,93 \pm 0,78$ cm, trong đó thấp nhất là 5cm, cao nhất là 8cm.

- Có 41/48 BN chiếm tỷ lệ 81,66% hết ngạt sau phẫu thuật.

- Có 4/48 BN chiếm tỷ lệ 9,34% còn ngạt ở mức độ nhẹ.

- Không có BN nào có mức độ ngạt nặng và vừa sau phẫu thuật.

**Đôi chiếu mức độ ngạt trước và sau phẫu thuật qua chỉ số Glatzel**

**Bảng 2. Đôi chiếu mức độ ngạt trước và sau phẫu thuật qua chỉ số Glatzel**

Mức độ ngạt	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	n	%	n	%
Ngạt nặng	30	62,5	0	0
Ngạt vừa	18	37,5	0	0
Ngạt nhẹ	0	0	4	9,34
Không ngạt	0	0	44	91,66

- Trước PT: Có 30/48 BN chiếm tỷ lệ 62,5% ngạt mức độ nặng, có 18/48 BN chiếm tỷ lệ 37,5% ngạt mức độ vừa.

- Sau PT: Có 44/48 BN chiếm tỷ lệ 91,66 hết ngạt, có 4/48 BN chiếm tỷ lệ 9,34% ngạt mức độ nhẹ.

#### IV. BÀN LUẬN

Quá phát cuốn dưới là một trong những nguyên nhân chính gây ngạt mũi mạn tính. Dù không phải là tình trạng gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng ngạt mũi do quá phát cuốn dưới có thể gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Mục tiêu chính của việc thực hiện phẫu thuật trên các cuốn mũi dưới phì đại là tối đa hóa đường thở mũi trong thời gian dài nhất có thể, đồng thời giảm thiểu các biến chứng như khô mũi quá mức, đóng vảy, xuất huyết và đau. Ưu điểm, nhược điểm, biến chứng và tranh cãi của từng hình thức điều trị đã được nhiều tác giả xem xét và thảo luận.

Phương pháp phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới tạo vạt là loại bỏ các phần cấu trúc của cuốn dưới không có chức năng gây tắc nghẽn và bảo tồn được niêm mạc, giữ được chức năng sinh lý là làm ẩm, làm ấm không khí được đưa vào đường thở mũi và hạn chế được các biến chứng<sup>4,5,7</sup>. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, quá trình chữa lành đơn giản hơn so với các trường hợp xương và niêm mạc bị vỡ, có lớp vảy thứ phát và tình trạng viêm. Việc rút merocel, được chuẩn bị như mô tả, thường không đau và không chảy máu.

**Tính an toàn:** Trong phẫu thuật của chúng tôi lượng máu mất trong lúc phẫu thuật thực sự không đáng kể, ước lượng lượng máu mất khoảng 10-15ml. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào chảy máu sớm trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật và cũng không ghi nhận trường hợp nào chảy máu sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Tuy nhiên, chúng tôi lại ghi nhận 4 trường hợp (8,33%) bị rách niêm mạc cuốn mũi dưới trong lúc phẫu thuật. Chúng tôi đã tiến hành biện pháp khắc phục bằng cách ép niêm mạc cuốn mũi dưới về vị trí cũ; nhét Merocel; tiêm Transamine cầm máu. Sau một thời gian theo dõi tại bệnh viện trong 48 giờ và khi tái khám sau phẫu thuật 1 tuần trở lên, chúng tôi ghi nhận không trường hợp nào chảy máu. Cả 4 trường hợp rách niêm

mạc trên đều lành vết thương như những trường hợp khác. Biến chứng rách niêm mạc này xảy ra ở những bệnh nhân được chúng tôi phẫu thuật đầu tiên. Điều này có lẽ là do phẫu thuật viên lúc đầu vẫn chưa thao tác nhuần nhuyễn với phương tiện phẫu thuật, nhưng tai biến này đã không tiếp tục xảy ra ở các bệnh nhân được phẫu thuật kế tiếp.

**Tính khả thi và kinh tế:** Thời gian phẫu thuật được tính từ lúc tiêm tê tại chỗ cuốn mũi dưới bên đầu tiên cho đến khi phẫu thuật kết thúc trên cả 2 bên. Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là  $14,8 \pm 2,30$  phút, tương đồng với tác giả Trần Đình Khả mất trung bình 15-20 phút để phẫu thuật đốt điện lưỡng cực dưới niêm mạc cuốn mũi dưới<sup>8</sup>, của Trần Văn Hương thời gian phẫu thuật trung bình là  $15,9 \pm 1,83$  phút trong sử dụng nội soi giảm thể tích cuốn mũi bằng phương pháp cắt hút<sup>9</sup>. Quá trình phẫu thuật chỉ cần đến bộ dụng cụ nội soi mũi xoang và không sử dụng vật tư đắt tiền ngoài 2 miếng Merocel ép vạt niêm mạc, tiết kiệm được chi phí cho ca phẫu thuật.

**Tính hiệu quả:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bệnh nhân cải thiện nghẹt mũi ngay từ tuần đầu sau mổ về cả tần suất lẫn mức độ và kết quả được duy trì sau mổ 3 tháng. Sau phẫu thuật: Có 44/48 BN chiếm tỷ lệ 91,66 hết ngạt, có 4/48 BN chiếm tỷ lệ 9,34% ngạt mức độ nhẹ. Kết quả này có tỷ lệ cao, tương đương với những so sánh tổng quan phương pháp điều trị quá phát cuốn mũi dưới trước đó<sup>6,7</sup>.

#### V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn dưới bằng phương pháp tạo hình vạt trong điều trị viêm quá phát cuốn mũi dưới là một phương pháp đơn giản, an toàn, kiểm soát hiệu quả tình trạng tắc nghẽn đường thở mà không can thiệp quá mức vào sinh lý của các cuốn mũi. Hơn nữa, bằng cách giữ nguyên tính liên tục của niêm mạc và lớp dưới niêm mạc, kỹ thuật của chúng tôi làm giảm tỷ lệ tác dụng phụ không mong muốn và các biến chứng liên quan. Chúng tôi khuyến nghị dùng kỹ thuật này vì những lợi đã mô tả của nó.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cheng PW, Fang KM, Su HW, Huang TW.** Improved objective outcomes and quality of life after adenotonsillectomy with inferior turbinate reduction in pediatric obstructive sleep apnea with inferior turbinate hypertrophy. *The Laryngoscope*. 2012;122(12):2850-2854
2. **Nurse LA, Duncavage JA.** Surgery of the inferior and middle turbinates. *Otolaryngol Clin North Am*. 2009;42(2):295-309, ix.

3. **Abdullah B, Singh S.** Surgical Interventions for Inferior Turbinate Hypertrophy: A Comprehensive Review of Current Techniques and Technologies. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3441
4. **Puterman MM, Segal N, Joshua BZ.** Endoscopic, assisted, modified turbinoplasty with mucosal flap. *J Laryngol Otol*. 2012;126(5):525-528.
5. **Barham HP, Thornton MA, Knisely A, Marcellis GN, Harvey RJ, Sacks R.** Long-term outcomes in medial flap inferior turbinoplasty are superior to submucosal electrocautery and submucosal powered turbinate reduction. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2016;6(2):143-147
6. **Karamatzanis I, Kosmidou P, Ntarladima V, et al.** Inferior Turbinate Hypertrophy: A Comparison of Surgical Techniques. *Cureus*. 2022;14(12):e32579
7. **Dương Minh Ngọc** (2023), Tổng quan về phương pháp chỉnh hình cuốn dưới tạo hình vạt. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội
8. **Trần Đình Khả** (2006), Điều trị nghẹt mũi do quá phát cuốn dưới bằng đốt điện lưỡng cực dưới niêm mạc, Luận văn tốt nghiệp nội trú. Đại Học Y Dược TP.HCM. tr 33-59
9. **Trần Văn Hương và cs** (2013), Đánh giá kết quả phẫu thuật giảm thể tích cuốn mũi dưới bằng phương pháp nội soi cắt hút. Y học TP HCM, tập 17, p 60-65.

## NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ NESFATIN-1 HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN 198

Nguyễn Thị Minh<sup>1</sup>, Hoàng Trung Vinh<sup>2</sup>, Cấn Văn Mão<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nesfatin-1 là một adipocytokine (APC) do nhiều cơ quan trong cơ thể tiết ra, tác động lên nhiều yếu tố trong cơ chế bệnh sinh (CCBS) liên quan đến đái tháo đường típ 2 (ĐTĐT2). Nồng độ nesfatin-1 có thể biến đổi ở bệnh nhân (BN) ĐTĐT2. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát nồng độ nesfatin-1 huyết tương ở BN ĐTĐT2 và tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ nesfatin-1 với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở BN. **Đối tượng và phương pháp:** 214 đối tượng chia thành 2 nhóm trong đó 75 đối tượng có tiền sử khỏe mạnh, không có tăng glucose máu thuộc nhóm xác định chỉ số tham chiếu (nesfatin-1). Nhóm BN gồm 139 đối tượng được chẩn đoán bệnh ĐTĐT2 lần đầu hoặc đã và đang điều trị. Đối tượng được thu thập tại Bệnh viện 198 - Bộ Công an. Nồng độ nesfatin-1 huyết tương được định lượng bằng sử dụng Kit ELISA nesfatin-1 của BioVendor trên máy ELISA DAX 800 tại Bộ môn Sinh lý bệnh - Học viện Quân Y. Đơn vị tính: ng/ml. **Kết quả:** Nồng độ nesfatin-1 huyết tương ở BN ĐTĐT2 thấp hơn có ý nghĩa so với chỉ số tham chiếu [0,210 (0,180 - 0,250) so với 0,248 (0,215 - 0,371) ng/ml;  $p < 0,001$ ]. Tỷ lệ BN biến đổi nồng độ nesfatin-1 biểu hiện ở 3 mức: giảm, bình thường và tăng tương ứng 49,6%; 45,3% và 5,1%. Nồng độ nesfatin-1 huyết tương liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian phát hiện bệnh (TGPHB), chỉ số khối cơ thể (BMI), tăng huyết áp (THA), liên quan không có ý nghĩa với giới, nhóm tuổi, tỉ số eo/hông, rối loạn lipid (RLLP) và HbA1c. **Kết luận:** Nesfatin-1 là một APC có nhiều tác động khác nhau. Nồng độ nesfatin-1 có thể biến đổi với xu hướng giảm trong các bệnh chuyển hóa trong đó có ĐTĐT2.

<sup>1</sup>Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

<sup>2</sup>Học viện Quân y, Bộ Quốc phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh

Email: minhch25@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

**Từ khóa:** Đái tháo đường típ 2, adipocytokine, nesfatin-1

### SUMMARY

#### A STUDY ON PLASMA NESFATIN-1 CONCENTRATION IN TYPE 2 DIABETIC MELLITUS PATIENTS AT 198 HOSPITAL

**Introduction:** Nesfatin-1 is an adipocytokine (APC) secreted by many organs in the body, affecting many factors related to the pathogenesis of type 2 diabetes mellitus (T2DM). Nesfatin-1 levels may change in patients with T2DM. **Objective:** To investigate plasma nesfatin-1 levels in patients with T2DM and find out the relationship between nesfatin-1 levels and some clinical and subclinical characteristics in the patients. **Subjects and methods:** 214 participants were enrolled in the study divided into 2 groups, of which 75 healthy individuals, without hyperglycemia, belonged to the control group, were used to determine the reference range of plasma nesfatin-1 levels. The study group included 139 patients who were diagnosed with T2DM for the first time or have been undergoing the treatment. The participants were collected at Hospital 198 - Ministry of Public Security. Plasma nesfatin-1 levels were quantified using nesfatin-1 ELISA Kit from BioVendor on the DAX 800 ELISA machine at the Department of Pathophysiology - Vietnam Military Medical University. Unit of measurement: ng/ml. **Results:** Plasma nesfatin-1 levels in the T2DM patients were significantly lower than the reference range [0,210 (0,180 - 0,250) versus 0,248 (0,215 - 0,371) ng/ml;  $p < 0,001$ ]. The proportions of T2DM patients with decreased, normal and increased nesfatin-1 levels were 49,6%; 45,3% and 5,1%, respectively. Plasma nesfatin-1 levels statistically significantly related to time of disease detection, body mass index (BMI), hypertension, but were not statistically significantly related to gender, age group, waist/hip ratio, blood lipid disorders and HbA1c. **Conclusion:** Nesfatin-1 is an APC with various effects. Nesfatin-1 level can alter with a decreasing trend in metabolic diseases