

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÔNG ĐẶT VẬT LIỆU CẦM MÁU, ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI - XOANG MẠN TÍNH

Nguyễn Thị Giang¹, Thái Bá Vĩnh¹
Phan Thị Thúy¹, Trần Võ Huyền Trang^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ở người bệnh viêm mũi xoang mạn tính không đặt vật liệu cầm máu.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, có can thiệp, không đối chứng các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị 320 người bệnh viêm mũi xoang mạn tính, tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, từ tháng 10/2022 - 4/2026. So sánh kết quả trước và sau phẫu thuật lần lượt 1 ngày, 3 ngày và 14 ngày.

Kết quả: Người bệnh có tuổi trung bình là $58,76 \pm 16,48$ tuổi; tỉ lệ trên 60 tuổi là 45,31%; tỉ lệ giới tính nam/nữ $\approx 1,88$. Triệu chứng cơ năng thường gặp là chảy mũi (96,25%), ngạt mũi (95,63%), đau nhức đầu mặt (88,13%). Cận lâm sàng hay gặp trên nội soi là niêm mạc nề (93,13%), dịch nhầy mũi khe sàn mũi (85,31%), lệch vẹo vách ngăn (72,81%), polyp (32,81%); trên CT-scan là tổn thương phức hợp lỗ ngách bị bít tắc (78,13%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $65,51 \pm 15,23$ phút; lượng máu mất trung bình là $20,26 \pm 6,18$ ml. Sau phẫu thuật, gặp biến chứng buồn nôn/nôn 6,88%; viêm giác mạc chấm 1,57%; không gặp biến chứng chảy máu. Điểm VAS trung bình ngày 1 là $3,18 \pm 0,95$ điểm, ngày 3 là $1,12 \pm 0,86$ điểm, ngày 14 là 0 điểm. 100% người bệnh cải thiện thông khí mũi sau phẫu thuật 14 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu là phương pháp an toàn, lượng máu mất thấp, ít đau sau mổ, không ghi nhận chảy máu hậu phẫu và kết quả cải thiện thông khí mũi tốt.

Từ khóa: Viêm mũi xoang mạn tính, phẫu thuật nội soi mũi xoang, vật liệu cầm máu.

RESULTS OF ENDOSCOPIC SURGERY WITHOUT NASAL HEMOSTATIC MATERIAL IN THE TREATMENT OF CHRONIC RHINOSINUSITIS

ABSTRACT

Objectives: To describe some clinical and paraclinical characteristics and evaluate the outcomes of endoscopic surgery in patients with chronic rhinosinusitis without hemostatic materials.

Subjects and methods: A prospective, cross-sectional, descriptive, interventional, uncontrolled study examining the clinical and paraclinical characteristics, as well as the features and outcomes of endoscopic surgery, in 320 patients with chronic rhinosinusitis at Military Hospital 4, Military Region 4, from October 2022 to April 2026. We compared results before and after surgery at 1 day, 3 days, and 14 days.

Results: The mean age of patients was 58.76 ± 16.48 years; 45.31% of patients were over 60 years of age, and the male-to-female ratio was approximately 1.88. The most common symptoms were rhinorrhea (96.25%), nasal congestion (95.63%), and headache or facial pain (88.13%). The most common nasal endoscopic findings were mucosal edema (93.13%), mucopurulent discharge in the nasal floor (85.31%), deviated nasal septum (72.81%), and sinonasal polyps (32.81%). On computed tomography (CT), obstruction of the ostiomeatal complex was observed in 78.13% of patients. The mean operative time was 65.51 ± 15.23 minutes, and the mean intraoperative blood loss was 20.26 ± 6.18 mL. Postoperative complications included nausea/vomiting in 6.88% of patients, and punctate keratitis occurred in 1.57%; no postoperative bleeding was observed. The mean Visual Analog Scale (VAS) pain score was 3.18 ± 0.95 on postoperative day 1, 1.12 ± 0.86 on day 3, and 0 on day 14. At 14 days after surgery, all patients reported improved nasal breathing.

Conclusions: Endoscopic sinus surgery without hemostatic materials is a safe approach associated with low intraoperative blood loss, minimal postoperative pain, no recorded postoperative bleeding, and favorable improvement in nasal breathing.

Keywords: Chronic rhinosinusitis; endoscopic sinus surgery; hemostatic materials.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Thị Giang, Email: giangb9v4@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2026; mời phản biện khoa học: 7/2026; chấp nhận đăng: 14/9/2026.

¹Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi - xoang mạn tính (VMXMT) là bệnh lý thường gặp trong chuyên khoa tai mũi họng. Bệnh thường có diễn tiến kéo dài, dễ tái phát và ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống của người bệnh (NB). Bệnh sinh liên quan đến rối loạn dẫn lưu và thông khí hệ thống xoang, suy giảm chức năng thanh thải nhầy - lông chuyển và tình trạng viêm mạn tính kéo dài của niêm mạc mũi xoang [1]. Điều trị VMXMT bao gồm nội khoa tối ưu và can thiệp ngoại khoa khi thất bại với điều trị bảo tồn hoặc khi có biến chứng, tổn thương cấu trúc gây tắc nghẽn [2].

Phẫu thuật nội soi (PTNS) mũi xoang hiện là phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị ngoại khoa VMXMT, giúp tái lập thông khí, dẫn lưu xoang; đồng thời, bảo tồn tối đa cấu trúc niêm mạc nhằm phục hồi chức năng sinh lý [3, 4]. Tuy nhiên, sau phẫu thuật, nhiều phẫu thuật viên có thói quen đặt vật liệu cầm máu (như Merocel, meche, bắc mũi) vào hốc phẫu thuật với mục tiêu kiểm soát chảy máu và cố định cấu trúc sau can thiệp [5]. Mặc dù có vai trò nhất định trong cầm máu, vật liệu nhét mũi cũng gây khó chịu đáng kể, tăng cảm giác đau, nghẹt mũi sau phẫu thuật, có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, dính cuốn mũi-vách ngăn, ảnh hưởng quá trình liền thương niêm mạc. Ngoài ra, thao tác rút vật liệu nhét mũi có thể gây chảy máu tái phát và làm NB lo lắng, giảm sự hài lòng với phẫu thuật [6, 7]. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy PTNS mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu hoặc sử dụng vật liệu tự tiêu có thể giảm đau sau mổ mà không làm tăng nguy cơ chảy máu đáng kể sau PTNS mũi xoang.

Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4 (BVQY4/QK4) đã triển khai PTNS mũi xoang từ năm 2009. Gần đây, phẫu thuật này đã hạn chế tối đa đặt vật liệu cầm máu nhằm giảm đau, giảm khó chịu và nâng cao chất lượng chăm sóc NB sau mổ. Góp phần tổng kết thực tiễn, đánh giá tính an toàn, hiệu quả của phương pháp và hoàn thiện quy trình kỹ thuật, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng NB VMXMT và đánh giá kết quả PTNS mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu tại BVQY4/QK4.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

320 NB VMXMT, điều trị PTNS mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu, tại Khoa Tai mũi họng, BVQY4/QK4, từ tháng 10/2022 - 4/2026.

Loại trừ NB có biến chứng nội sọ, ổ mắt trước phẫu thuật; NB có tiền sử đã phẫu thuật vùng mũi xoang trước đó; NB có hồ sơ không đủ thông tin hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, có can thiệp, không đối chứng.

- Phương pháp phẫu thuật và chăm sóc sau phẫu thuật: PTNS mũi xoang dưới gây mê nội khí quản. Tùy mức độ tổn thương, thực hiện phẫu thuật mở thông xoang sàng, xoang hàm, xoang trán, xoang bướm; kết hợp chỉnh hình vách ngăn và/hoặc xử trí bóng khí cuốn giữa nếu có chỉ định.

Trong phẫu thuật: kiểm soát chảy máu bằng đốt điện hoặc ép tại chỗ. NB không đặt vật liệu nhét mũi (Merocel hoặc meche) là những trường hợp khi kết thúc phẫu thuật không còn chảy máu hoặc chảy máu ít; sau khi hút sạch dịch máu, theo dõi khoảng 15 giây không ghi nhận máu chảy xuống vòm họng từ 1 hoặc 2 bên hốc phẫu thuật.

Sau phẫu thuật: rửa mũi bằng nước muối sinh lý hằng ngày trong 5 ngày đầu và tái khám nội soi làm sạch hốc phẫu thuật định kỳ sau 14 ngày.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật: tuổi, giới tính, các triệu chứng lâm sàng thường gặp.

+ Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật: hình ảnh tổn thương chủ yếu trên nội soi, hình ảnh tổn thương trên CT-scan mũi xoang.

+ Đặc điểm phẫu thuật: thời gian phẫu thuật (tính từ thời điểm bắt đầu rạch niêm mạc đến khi kết thúc khâu/hoàn tất thủ thuật); lượng máu mất trong phẫu thuật (tính theo hiệu số giữa thể tích dịch hút trong bình hút với tổng lượng dung dịch rửa sử dụng trong phẫu thuật).

+ Kết quả phẫu thuật: tai biến, biến chứng phẫu thuật; đau sau phẫu thuật (tại chỗ hốc mũi ở các thời điểm ngày 1, ngày 3, ngày 14 sau phẫu thuật); mức độ cải thiện thông khí mũi dựa trên cảm nhận chủ quan của NB so với trước phẫu thuật (đánh giá ngày thứ 14 sau phẫu thuật).

- Đánh giá tình trạng đau theo thang điểm VAS: không đau (0 điểm), đau nhẹ (1-3 điểm), đau vừa (4-6 điểm), đau nặng (7-10 điểm).

- Đạo đức nghiên cứu: NB được giải thích đầy đủ ý nghĩa, mục đích và đồng ý tham gia. Các thông tin cá nhân và dữ liệu nghiên cứu được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 25.0. Trình bày các biến định lượng dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$); các biến định tính dưới dạng tỉ lệ phần trăm (%). Sử dụng test kiểm định paired-samples T test khi so sánh các thời điểm đánh giá.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

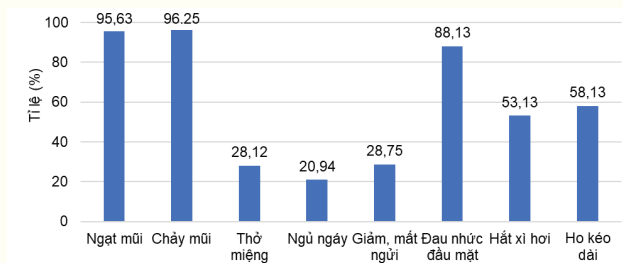
3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng NB

Bảng 1. Phân bố NB theo tuổi và giới tính

Đặc điểm		Số NB (n = 320)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 30 tuổi	12	3,75
	30-44 tuổi	70	21,88
	45-60 tuổi	93	29,06
	> 60 tuổi	145	45,31
	$\bar{X} \pm SD$	58,76 $\pm$ 16,48	
	Min-max	11-93	
Giới tính	Nam	209	65,31
	Nữ	111	34,69

45,31% NB trên 60 tuổi, đa số NB là nam giới (65,31%). Tỉ lệ NB nam/nữ $\approx$ 1,88.

- Triệu chứng cơ năng:



Biểu đồ triệu chứng cơ năng thường gặp (n = 320).

Các triệu chứng cơ năng thường gặp: chảy mũi

(96,25%), ngạt mũi (95,63%), đau nhức vùng đầu mắt (88,13%) và ho kéo dài (58,13%).

Bảng 2. Hình ảnh tổn thương trên nội soi

Hình ảnh tổn thương trên nội soi mũi	Số NB (n = 320)	Tỉ lệ (%)
Dịch nhầy mủ đọng khe, sàn mũi	273	85,31
Niêm mạc cuốn mũi nề	298	93,13
Lệch vẹo vách ngăn	233	72,81
Phi đại cuốn giữa	36	11,25
Polyp mũi xoang	105	32,81

Thường gặp nhất là niêm mạc nề (93,13%), tiếp đến là dịch nhầy mủ đọng khe, sàn mũi (85,31%).

Bảng 3. Hình ảnh tổn thương chủ yếu trên chụp CT-scan

Tổn thương chủ yếu trên CT-scan	Số NB (n = 320)	Tỉ lệ (%)
Mờ xoang sàng	18	5,63
Mờ xoang hàm	22	6,87
Mờ xoang sàng, hàm	74	23,13
Mờ xoang sàng, hàm, trán, bướm	177	55,31
Mờ xoang sàng, trán	19	5,94
Mờ xoang hàm, trán	10	3,12
Phức hợp lỗ ngách bít tắc	250	78,13
Bóng hơi cuốn mũi giữa	36	11,25

Hay gặp là hình ảnh tổn thương phức hợp lỗ ngách bít tắc (78,13%), tiếp đến là hình ảnh mờ đa xoang (55,31%).

3.2. Kết quả PTNS mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật trung bình

Phương pháp phẫu thuật	Số NB	Tỉ lệ (%)	Thời gian phẫu thuật (phút)	
			$\bar{X} \pm SD$	Min-max
Mở các xoang sàng, hàm, trán, bướm	87	27,19	56,23 $\pm$ 4,78	28-115
Mở các xoang sàng, hàm, trán, bướm + chỉnh hình vách ngăn	197	61,56	68,73 $\pm$ 8,57	51-161
Mở các xoang sàng, hàm, trán, bướm + chỉnh hình vách ngăn + cắt bóng khí cuốn giữa	36	11,25	70,33 $\pm$ 10,15	62-163
Tổng	320	100	65,51 $\pm$ 15,23	28-163

Thời gian phẫu thuật trung bình đối với nhóm NB mở các xoang sàng, hàm, trán, bướm là 56,23 $\pm$ 4,78 phút, với nhóm NB phẫu thuật cả vách ngăn là 68,73 $\pm$ 8,57 phút và nhóm NB kết hợp cả cắt bóng khí cuốn giữa là 70,33 $\pm$ 10,15 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình chung là 65,51 $\pm$ 15,23 phút.

Bảng 5. Lượng máu mất trong phẫu thuật

Lượng máu mất	Số NB (n = 320)	Tỉ lệ (%)
< 30 ml	236	73,75
30-50 ml	79	24,69
> 50 ml	5	1,56
$\bar{X} \pm SD$ (ml)	20,26 $\pm$ 6,18	
Min-max (ml)	5-56	

Lượng máu mất trung bình là 20,26 $\pm$ 6,18 ml, đa số NB có lượng máu mất < 30 ml (73,75%) và chỉ 1,56% NB có lượng máu mất trên 50 ml.

Bảng 6. Tai biến, biến chứng phẫu thuật

Tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật	Số NB (n = 320)	Tỉ lệ (%)
Buồn nôn, nôn sau phẫu thuật	22	6,88
Viêm giác mạc mắt	5	1,57
Biến chứng khác	0	0

Sau phẫu thuật, có 6,88% NB buồn nôn/nôn, 1,57% NB viêm giác mạc mắt; không ghi nhận chảy máu hậu phẫu và các biến chứng khác.

Bảng 7. Mức độ đau sau phẫu thuật

Mức độ đau	Thời điểm sau phẫu thuật (n = 320)		
	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 14
Không (n, %)	5 (1,56)	99 (30,94)	320 (100)
Nhẹ (n, %)	123 (38,44)	209 (65,31)	0
Vừa (n, %)	192 (60,00)	12 (3,75)	0
VAS (điểm)	3,18 $\pm$ 0,95	1,12 $\pm$ 0,86	0
p	$p_{1,3} < 0,01$; $p_{1,14} < 0,01$		

Khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm VAS trung bình theo thời gian sau phẫu thuật (ngày 14 và ngày 3 so với ngày đầu), với $p < 0,01$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

320 NB VMXMT nghiên cứu có tuổi trung bình là 58,76 $\pm$ 16,48 tuổi, nhiều nhất là NB trên 60 tuổi (45,31%); phù hợp với đặc điểm dịch tễ và lâm sàng bệnh lý VMXMT (người cao tuổi có nguy cơ cao hơn suy giảm chức năng thanh thải nhầy - lông chuyển, thường mắc tình trạng viêm kéo dài và các bệnh lý mạn tính kèm theo, làm tăng nguy cơ mắc và kéo dài VMXMT [1, 2]). Tỉ lệ NB nam giới (65,31%) nhiều hơn nữ giới (34,69%); tương đồng với nghiên cứu của Quận Thành Nam [8] (tỉ lệ NB nam/nữ là 3,61/1). Sự khác biệt về giới tính có thể liên quan đến mức độ phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ (nam giới thường tiếp xúc nhiều hơn với môi trường ô nhiễm và các yếu tố nghề nghiệp, làm tăng nguy cơ mắc và kéo dài tình trạng viêm mũi xoang).

Ngạt mũi và chảy mũi là hai triệu chứng thường gặp nhất (95,63% và 96,25%), tiếp theo là đau nhức vùng đầu mặt (88,13%). Kết quả này tương đương nghiên cứu của Ngô Văn Công [9] (100% NB có chảy mũi và ngạt mũi; 94,8% NB có đau đầu). Điều này phù hợp với khuyến cáo EPOS [2] (ngạt mũi, chảy mũi là triệu chứng chính của VMXMT).

Hình ảnh nội soi cho thấy niêm mạc phù nề (93,13%) và dịch nhầy mũi (85,31%) chiếm tỉ lệ cao, phù hợp với bệnh cảnh viêm mạn tính kéo dài. Polyp mũi xoang gặp ở 32,81% NB; đây là yếu tố làm tăng mức độ nặng và làm giảm hiệu quả điều trị nội khoa đơn thuần [2].

Trên CT-scan, 78,13% NB có tổn thương phức hợp lỗ ngách bất tắc, cho thấy phần lớn NB vào viện ở giai đoạn bệnh nặng, các triệu chứng kéo dài dẫn tới bất tắc phức hợp lỗ ngách. Đây là một thực tế thường gặp do NB điều trị kéo dài, tự điều trị hoặc điều trị không đủ phác đồ trước đó. Tỉ lệ NB mờ đa xoang chiếm 55,31%, mờ sàng hàm kết hợp chiếm 23,13%; khác so với nghiên cứu của Quận Thành Nam [8] (83,3% có hình ảnh mờ toàn bộ xoang hàm và xoang sàng). Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi kéo dài qua thời kì có đại dịch COVID-19, nên ít nhiều ảnh hưởng đến bệnh lý viêm mũi xoang, mức độ tổn thương các xoang ở NB VMXMT.

4.2. Kết quả PTNS mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu

Thời gian phẫu thuật trung bình là 65,51 $\pm$ 15,23 phút (kéo dài hơn ở NB phẫu thuật kết hợp chỉnh hình vách ngăn và cắt bóng khí cuốn giữa). Một số nghiên cứu quốc tế cho thấy, thời gian phẫu thuật thường dao động từ 45-90 phút, tùy mức độ bệnh và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [3], [10]. Như vậy, kết quả nghiên cứu này nằm trong khoảng thời gian phẫu thuật được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây.

Lượng máu mất trung bình là 20,26 $\pm$ 6,18 ml và 73,75% NB mất máu dưới 30 ml. Đây là lượng máu mất ít, thể hiện đã kiểm soát tốt chảy máu, cho phép không cần đặt vật liệu cầm máu sau mổ. Không ghi nhận NB nào chảy máu hậu phẫu, cho thấy PTNS mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu có thể an toàn nếu kiểm soát chảy máu triệt để (đốt điện hoặc ép tại chỗ đúng kỹ thuật). Nhiều nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận việc nhét mũi không phải luôn cần thiết và có thể được thay thế bằng kỹ thuật cầm máu tại chỗ hoặc vật liệu tự tiêu [11].

Điểm VAS trung bình sau phẫu thuật ngày 1 là 3,18 $\pm$ 0,95 điểm (đau nhẹ đến vừa), giảm nhanh xuống còn 1,12 $\pm$ 0,86 điểm vào ngày 3 và 0 điểm vào ngày 14. Kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả rằng nhét mũi làm tăng đáng kể đau sau phẫu thuật, nghẹt mũi, giấc ngủ kém và giảm chất lượng hồi phục [6, 7]. Các thử nghiệm

lâm sàng so sánh việc có và không đặt merocel sau PTNS mũi xoang cho thấy nhóm không nhét mũi có điểm đau thấp hơn rõ rệt, ít khó chịu, giảm nhu cầu thuốc giảm đau, trong khi tỉ lệ chảy máu sau phẫu thuật không khác biệt đáng kể nếu phẫu thuật được kiểm soát tốt [11].

Sau phẫu thuật, chúng tôi gặp tỉ lệ buồn nôn, nôn là 6,88%. Biến chứng này có thể liên quan đến gây mê nội khí quản, thuốc giảm đau Opioid hoặc phản xạ nuốt máu trong phẫu thuật. Tỉ lệ này tương tự nghiên cứu của Wormald P.J [10]. Viêm giác mạc chấm (1,57%) là biến chứng nhẹ liên quan đến chăm sóc mắt trong gây mê, không đặc hiệu cho phẫu thuật xoang. Nhiều tài liệu và thực tiễn lâm sàng cho thấy có thể phòng tránh tốt hơn bằng che mắt đúng quy trình [12]. Không ghi nhận biến chứng nặng như tổn thương ổ mắt, rò dịch não tủy hoặc nhiễm trùng nặng. Kết quả này cho thấy PTNS mũi xoang có thể được thực hiện an toàn khi phẫu thuật viên nắm vững giải phẫu vùng mũi xoang, đánh giá đầy đủ tổn thương trên nội soi và CT-scan, đồng thời tuân thủ đúng các nguyên tắc và kĩ thuật phẫu thuật.

Sau phẫu thuật 14 ngày, ghi nhận 100% NB thở mũi thông thoáng hơn. Kết quả này phù hợp với mục tiêu của PTNS mũi xoang là tái lập thông khí và dẫn lưu xoang [3]. Tuy nhiên, đánh giá này mới chỉ dựa vào cảm nhận chủ quan của NB. Trong các nghiên cứu tiếp theo, nên áp dụng các thang điểm chuẩn hóa như SNOT-22 để tăng độ tin cậy và khả năng so sánh quốc tế.

Nghiên cứu này là nghiên cứu đơn trung tâm, không có đối chứng, thời gian theo dõi chỉ 14 ngày, nên chưa đánh giá toàn diện về lâu dài. Đặc biệt, cần đánh giá kĩ các trường hợp cân nhắc đặt vật liệu cầm máu (NB chảy máu quá nhiều trong phẫu thuật, NB có bệnh lí nền thường xuyên dùng thuốc chống đông trước mổ...).

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu phẫu thuật nội soi mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu trong điều trị 320 người bệnh viêm mũi xoang mạn tính cho thấy đa số người bệnh trên 60 tuổi, có biểu hiện chảy mũi, ngạt mũi, nội soi thấy niêm mạc phù nề và dịch nhầy mủ, hình ảnh CT-scan thấy tổn thương phức hợp lỗ ngách bị bít tắc. Phẫu thuật nội soi mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu có thời gian phẫu thuật trung bình $65,51 \pm 15,23$ phút, lượng máu mất trung bình $20,26 \pm 6,18$ ml, không ghi nhận trường hợp nào chảy máu hậu phẫu. Mức độ đau sau phẫu thuật ít và giảm nhanh theo thời gian. Ở ngày thứ 14 sau phẫu thuật, 100% người bệnh hết đau và cải thiện thông khí mũi.

Như vậy, phẫu thuật nội soi mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu có thể thực hiện an toàn, giúp

hạn chế đau và khó chịu sau phẫu thuật ở những người bệnh có chỉ định điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., et al., "European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020", *Rhinology*, 58 (Suppl S29): pp. 1-464, 2020.
2. Orlandi R.R., Kingdom T.T., Smith T.L., et al., "International consensus statement on allergy and rhinology: rhinosinusitis 2021", *Int Forum Allergy Rhinol*, 11 (3): pp. 213-739, 2021.
3. Stammberger H., Posawetz W., "Functional endoscopic sinus surgery", *European archives of Oto-rhino-laryngology*, 247 (2): pp. 63-76, 1990.
4. Kennedy D.W., "Functional endoscopic sinus surgery: Technique", *Archives of Otolaryngology*, 111 (10): pp. 643-9, 1985.
5. Weber R., Hochapfel F., Draf W., "Packing and stents in endonasal surgery", *Rhinology*, 38 (2): pp. 49-62, 2000.
6. Kang B., Kim J.R., Shin J.M., Park I.H., Lee H.M., "Efficacy and safety of guardcel nasal packing after endoscopic sinus surgery: A prospective, single-blind, randomized controlled study", *Clinical and experimental otorhinolaryngology*, 10 (3): pp. 248-53, 2017.
7. Bùi Thanh Hòa, Nguyễn Thị Phương Thảo, "Đánh giá ảnh hưởng của đặt xốp cầm máu mũi trước đến người bệnh tại Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tập 18, số 7, tr. 68-74, doi: 10.52389/ydls.v18i7.2052, 2023.
8. Quân Thành Nam, "Đánh giá kết quả PTNS mũi xoang không sử dụng phương tiện cầm máu tại Bệnh viện Quân y 103", *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tập 17, số 8, doi: 10.52389/ydls.v17i8.1593, 2022.
9. Ngô Văn Công, "Khảo sát hiệu quả của PTNS mũi xoang không đặt bắc mũi", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 505, số 1, tr. 203-206, doi: 10.51298/vmj.v505i1.1058, 2021.
10. Wormald P.J., *Endoscopic sinus surgery: Anatomy, 3-Dimensional reconstruction, and surgical technique*: Thieme publishers New York, 2017.
11. Huang Z., Zhou B., "Comparison of absorbable packing versus no packing in wound healing after endoscopic sinus surgery: A systematic review and pooled analysis", *ORL*, 83 (6): pp. 404-11, 2021.
12. White E., Crosse M.M., "The aetiology and prevention of peri-operative corneal abrasions", *Anaesthesia*, 53 (2): pp. 157-61, 1998. □