

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO ỦY BAN NHÂN DÂN TP.HCM
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH



NGUYỄN MINH HẢO HÓN

**NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT NỘI SOI
ĐIỀU TRỊ U SỢI MẠCH VÒM MŨI HỌNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

CHUYÊN NGÀNH: TAI MŨI HỌNG

Thành phố Hồ Chí Minh – Năm 2025

**DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ
CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Nguyễn Minh Hảo Hón, Trần Viết Luân, Trần Việt Hồng, Nguyễn Thanh Hải. Đánh giá phẫu thuật nội soi lấy u sợi mạch vòm mũi họng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;544(2): 353-357.
2. Nguyễn Minh Hảo Hón, Trần Viết Luân, Trần Việt Hồng, Lê Trần Quang Minh, Nguyễn Thanh Hải, Nguyễn Hữu Bảo. Khảo sát nguồn cung cấp máu của u sợi mạch vòm mũi họng qua chụp mạch máu xóa nền (DSA) và sự liên quan các giai đoạn khối u trên CT scan. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;543(2):380-384.
3. Nguyen HMM, Le MTQ, Nguyen HT, Tran HV, Tran LV. Investigation of vascularization patterns in juvenile angiofibroma and the impact of preoperative embolization on surgical excision. *Am J Otolaryngol*. 2025;46(3):104632. doi: 10.1016/j.amjoto.2025.104632

MỞ ĐẦU

U sợi mạch vòm mũi họng (USMVMH) là khối u lành tính nhưng xâm lấn, hiếm gặp, thường ở nam giới trẻ. U có đặc điểm tăng sinh mạch máu mạnh, phá hủy cấu trúc xung quanh, gây chảy máu nghiêm trọng, có thể xâm lấn nội sọ, đe dọa tính mạng. Do đó, chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời là yếu tố then chốt. Điều trị USMVMH đối mặt nhiều thách thức do nguy cơ chảy máu cao trong phẫu thuật, vị trí giải phẫu phức tạp của khối u, và yếu tố bệnh nhân thường trẻ tuổi. Các phương pháp phẫu thuật truyền thống có thể để lại sẹo, ảnh hưởng thẩm mỹ và tiềm ẩn biến chứng. Phẫu thuật nội soi đã trở thành bước tiến lớn trong điều trị USMVMH, mang lại ưu điểm: phẫu trường rõ ràng, ít xâm lấn, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm nguy cơ tái phát. Dù kỹ thuật tắc mạch trước phẫu thuật hỗ trợ giảm chảy máu, việc kiểm soát chảy máu vẫn là thách thức, do khối u được cấp nguồn từ nhiều động mạch (ĐM) khác nhau, mà chủ yếu là ĐM hàm trong. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi đã được thực hiện, nhưng chủ yếu ở giai đoạn sớm. Khi u lan rộng, việc lựa chọn phẫu thuật nội soi đơn thuần hay kết hợp đường ngoài tùy thuộc kinh nghiệm PTV và trang thiết bị. Các nghiên cứu trước đây còn hạn chế về lượng bệnh cũng như thời gian theo dõi.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị USMVMH tại Việt Nam. Mục tiêu chính là cung cấp bằng chứng khoa học, xây dựng quy trình chuẩn hóa, tối ưu hóa phẫu thuật nội soi USMVMH, cải thiện kết quả điều trị, giảm biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa quan trọng, góp phần hoàn thiện kỹ thuật và nâng cao hiệu quả điều trị tại Việt Nam.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu tổng quát:

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị u sợi mạch vòm mũi họng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh.

Mục tiêu cụ thể:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, nội soi, hình ảnh học (CT scan và DSA), phân loại các giai đoạn của u sợi mạch vòm mũi họng.
2. Mô tả và phân tích đặc điểm phẫu thuật lấy u sợi mạch vòm mũi họng qua nội soi.
3. Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy u sợi mạch vòm mũi họng qua nội soi.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

- Xác định được các mạch máu nuôi u thường gặp, chỉ ra nguy cơ mất máu cao hơn ở các trường hợp u có nguồn cấp máu đa dạng (nhiều nhánh, từ đối bên). Đặc biệt, phát hiện mạch máu tồn lưu từ ĐM cảnh trong sau tắc mạch, giúp lập kế hoạch phẫu thuật, giảm mất máu.
- Đề xuất quy trình phẫu thuật nội soi linh hoạt theo giai đoạn, bảo tồn cấu trúc. Kỹ thuật "bốn tay" được triển khai hiệu quả, hạn chế biến chứng. Nghiên cứu gợi ý khoan mài xương chân bám u (đặc biệt mảnh giao chân bướm) để giảm nguy cơ tái phát.

BỐ CỤC LUẬN ÁN

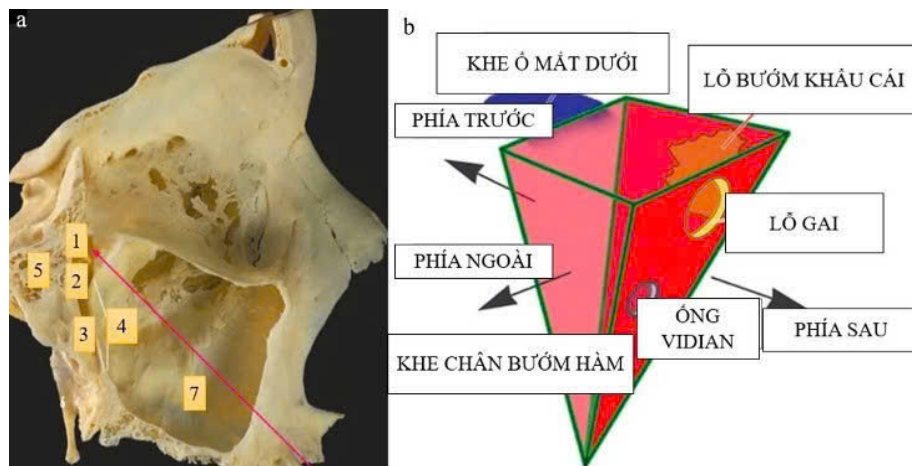
Luận án gồm 166 trang: Mở đầu 3 trang; Tổng quan 43 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 31 trang; Kết quả 42 trang; Bàn luận 43 trang; Kết luận 2 trang; Kiến nghị 1 trang. Có 66 hình, 38 bảng, 5 biểu đồ, 1 sơ đồ. Có 122 tài liệu tham khảo gồm: 6 tiếng Việt, 116 tiếng Anh.

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Sơ lược về giải phẫu

1.1.1. Giải phẫu hố chân bướm khẩu cái

Đây là một không gian hình tháp úp ngược, chứa mỡ, hạch bướm khẩu cái (BKC), thần kinh V2 (thần kinh hàm trên – nhánh của thần kinh sinh ba), và nhánh tận của động mạch hàm trong, là nguồn cung cấp máu chính cho USMVMH. Vùng này được xem là cấu trúc then chốt trong bệnh học US-MVMH, nằm ngay phía sau xoang hàm, giới hạn bởi mảnh chân bướm và bao cảnh ở phía sau, xương khẩu cái ở phía trong, và cánh lớn xương bướm – thành phần chính tạo nên hố sọ giữa – ở phía trên. Phía ngoài, HCBKC thông với HDTD qua khe chân bướm hàm.



Hình 1.1. Giải phẫu HCBKC (a) và mô phỏng qua hình vẽ (b).

Hình (a) (1) HCBKC, (2) Lỗ BKC, (3) Ống chân bướm, (4) Lỗ xương hàm trên, (5) Mỏm chân bướm, (6) Mảnh chân bướm trong, (7) Xoang hàm. Mũi tên đỏ: từ hố lê vào HCBKC.

“Nguồn: Andreas Prescher, *Juvenile Angiofibroma*, 2017²¹”

1.1.2. Hố dưới thái dương

- Là một vùng phức tạp, hình nêm, nằm sâu trong các cơ cắn, sát sàn sọ. Giới hạn: mảnh chân bướm ngoài và cơ khít hầu trên (trong), cơ thái dương và xương hàm dưới (ngoài), củ khớp thái dương, gai xương bướm,

bao cảnh (sau), xương hàm trên (trước), cánh lớn xương bướm và xương thái dương (trên), cơ chân bướm trong (dưới).

- Giải phẫu ứng dụng trên nội soi: sau khi gỡ bỏ thành ngoài XH, có thể tiếp cận hố dưới thái dương (HDTD). Thần kinh dưới ổ mắt là ranh giới giữa HDTD và ổ mắt. Các cấu trúc quan trọng trong HDTD bao gồm: mỡ, mạch máu, thần kinh, cơ thái dương, ĐM hàm trong đoạn thứ hai, và cơ chân bướm ngoài.

1.2. Sơ lược về u sợi mạch vòm mũi xoang

1.2.1. Định nghĩa

USMVMH là một khối u lành tính nhưng có tính xâm lấn, hiếm gặp, thường xuất hiện ở nam giới trẻ tuổi, đặc biệt là trong độ tuổi dậy thì. Nguồn gốc USMVMH còn nhiều giả thuyết, có thể liên quan đến dị dạng mạch máu từ ĐM cung mang thứ nhất trong giai đoạn bào thai, hoặc do rối loạn di truyền. Cơ chế bệnh sinh chính xác của USMVMH chưa được làm rõ hoàn toàn, nhưng các yếu tố về nội tiết tố (đặc biệt là androgen), các yếu tố tăng trưởng và đột biến về di truyền phân tử (con đường Wnt/catenin) được cho là có vai trò. Việc chẩn đoán sớm và can thiệp phẫu thuật kịp thời là rất quan trọng.

1.2.2. Vị trí khởi phát, hướng lan và nguồn cấp máu

USMVMH thường xuất phát từ mép sau trên của lỗ bướm khẩu cái (BKC). Từ đây, khối u có thể lan rộng theo nhiều hướng: vào hốc mũi và vòm mũi họng, vào HCBKC, HDTD thậm chí có thể xâm lấn vào nội sọ và hốc mắt. USMVMH lan vào các xoang cạnh mũi bằng cách chèn ép, nhưng xâm lấn vào sàn sọ và nội sọ cần phải phá hủy xương. Nguồn cung cấp máu chính cho khối u thường là từ hệ thống ĐM cảnh ngoài, đặc biệt là ĐM hàm trong (với các nhánh BKC và khẩu cái xuống). Tuy nhiên, các nhánh khác như ĐM hầu lên, ĐM thái dương nông, ĐM mặt và thậm chí cả ĐM cảnh trong (trong trường hợp u lớn, xâm lấn) cũng có thể tham gia cấp máu.

1.2.3. Chẩn đoán

Chẩn đoán USMVMH dựa trên sự kết hợp của nhiều yếu tố:

- Lâm sàng: Bệnh nhân nam trẻ tuổi, có các triệu chứng như nghẹt mũi một bên (tăng dần), chảy máu mũi tái diễn và ù tai.
- Nội soi mũi xoang: Phát hiện khối u ở cửa mũi sau, thường có màu hồng hoặc đỏ, tăng sinh mạch máu, bề mặt trơn láng.
- Chẩn đoán hình ảnh:
 - CT scan có cản quang: Là phương pháp quan trọng, giúp xác định chính xác vị trí, kích thước, mức độ lan rộng và giai đoạn của khối u. Các dấu hiệu trên CT scan bao gồm khối u ở vùng lỗ BKC, tăng đậm độ sau tiêm thuốc, có thể có dấu hiệu lõm thành sau XH.
 - MRI: Được chỉ định khi khối u có dấu hiệu lan rộng vào các cấu trúc sâu (HDTD, ổ mắt, nội sọ), giúp đánh giá chi tiết hơn về mối liên quan giữa khối u và các cấu trúc quan trọng, cũng như phát hiện u còn sót hoặc tái phát sau phẫu thuật.

Sinh thiết u không được thực hiện do nguy cơ chảy máu cao. Chẩn đoán phân biệt với các khối u khác vùng mũi xoang và vòm họng (u vòm, u mạch máu, polyp mạch máu, dị dạng mạch máu, u tế bào thần kinh, u mũi xoang, polyp sợi, sarcoma cơ vân, bệnh tăng sinh lympho).

1.2.4. Điều trị và theo dõi

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính cho USMVMH, và phẫu thuật nội soi hiện đang là lựa chọn ưu tiên, đặc biệt là đối với các khối u ở giai đoạn sớm (I và II theo các hệ thống phân loại). Phẫu thuật nội soi có ưu điểm là ít xâm lấn, phẫu trường rõ, giảm thiểu biến chứng và giảm tỷ lệ tái phát so với phẫu thuật mở. Trong một số trường hợp, có thể cần phải kết hợp phẫu thuật nội soi với phẫu thuật mở (đối với các khối u lớn, lan rộng).

Tắc mạch trước phẫu thuật (thường sử dụng vật liệu PVA) được thực hiện để giảm nguy cơ chảy máu trong quá trình phẫu thuật. Tuy nhiên, một số trường hợp u giai đoạn sớm có thể không cần tắc mạch.

Xạ trị và điều trị nội khoa không phải là các phương pháp điều trị chính và thường chỉ được xem xét trong các trường hợp đặc biệt (ví dụ: u xâm lấn nội sọ, u tái phát tại các vị trí nguy hiểm).

Theo dõi sau phẫu thuật là bắt buộc, bao gồm khám lâm sàng, nội soi mũi xoang và chụp hình ảnh học (CT scan, MRI) định kỳ để phát hiện sớm các trường hợp u còn sót hoặc tái phát.

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca có can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định USMVMH và được phẫu thuật lấy u qua nội soi mũi xoang tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM trong khoảng thời gian từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 12 năm 2024.

2.3. Cỡ mẫu: Do USMVMH là bệnh lý hiếm gặp, việc tính toán cỡ mẫu theo phương pháp thống kê truyền thống là không khả thi và không phù hợp, vì vậy nghiên cứu này áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Dựa trên thăm khám lâm sàng (triệu chứng, nội soi mũi xoang), hình ảnh học (CT scan mũi xoang nghi ngờ US-MVMH còn giới hạn ở vùng mũi vòm, có thể lan vào HCBKC hoặc HDTD, chưa xâm lấn vào nội sọ), và được xác nhận bằng kết quả giải phẫu bệnh sau PHẪU THUẬT là USMVMH; các trường hợp chỉ PHẪU THUẬT NSMX đơn thuần để lấy USMVMH; u thuộc giai đoạn I đến IIIA theo phân độ Andrews; BN hoặc người nhà BN (đối với bệnh nhân chưa đủ 18 tuổi) đồng ý tham gia nghiên cứu.

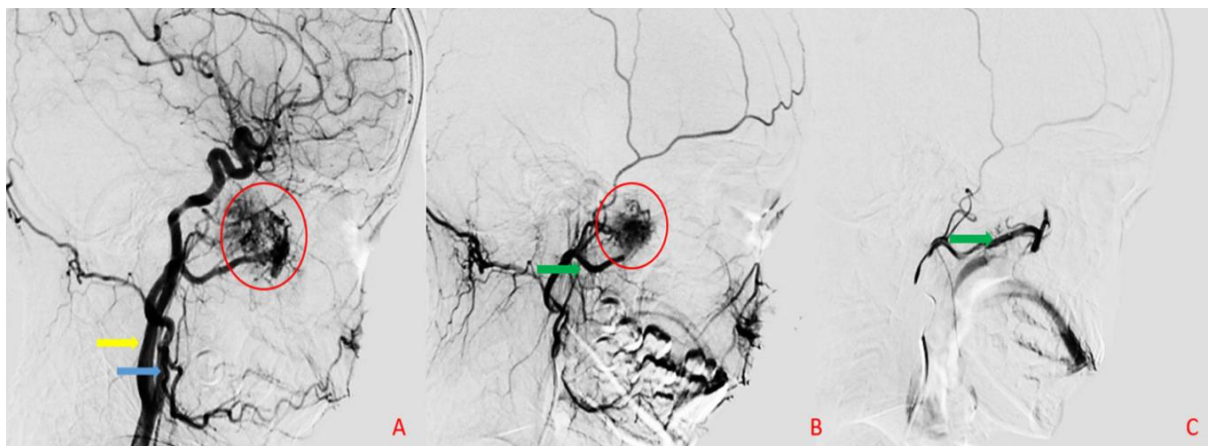
2.5. Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân mắc bệnh lý nội khoa có những nguy cơ cao không chịu đựng được cuộc phẫu thuật (bệnh lý tim mạch nặng, suy hô hấp, rối loạn đông máu, v.v.); BN không thể hoặc không đồng ý nội soi mũi xoang, chụp CT scan mũi xoang kiểm tra sau PT; các trường hợp có can thiệp PT đường ngoài; các trường hợp khối u từ giai đoạn IIIB trở lên (theo Andrews).

2.6. Quy trình thực hiện

2.6.1. Trước phẫu thuật

- Xác định những trường hợp có chỉ định và những trường hợp chống chỉ định
- Thu thập số liệu về hành chính, triệu chứng lâm sàng (chảy máu mũi, nghẹt mũi, ù tai, nhức đầu, v.v.), hình ảnh nội soi, CT scan trước phẫu thuật.
- Tắc mạch trước phẫu thuật: xác định những bệnh nhân cần được tắc mạch trước phẫu thuật. Một số trường hợp u giai đoạn I, II theo Andrews có thể không cần tắc mạch (tuỳ kinh nghiệm PTV).



Hình 2.1. Tắc mạch trước PT cho khối USMVMH

được cấp máu bởi nhánh ĐM cảnh ngoài. (mũi tên vàng: ĐM cảnh trong, mũi tên xanh dương: ĐM cảnh ngoài, mũi tên xanh lá: ĐM hàm trong, vòng tròn đỏ: vùng mạch máu của u) “Nguồn: BV TMH TP.HCM, 2023”

- Với những trường hợp cần được tắc mạch, bệnh nhân được chuyển đến các bệnh viện có đơn vị can thiệp mạch máu (BV Nhân dân 115 hoặc BV Nhân dân Gia Định) để thực hiện thủ thuật.
- Ghi nhận các thông số liên quan đến mạch máu nuôi u, chất liệu tắc mạch, kết quả tắc mạch → Phân loại u theo UPMC.

Trong nghiên cứu này, bên cạnh hệ thống phân loại Andrews (phổ biến và đơn giản), chúng tôi áp dụng thêm hệ thống UPMC. Việc kết hợp này nhằm tận dụng ưu điểm của từng hệ thống: Andrews cung cấp thông tin tổng quan, dễ áp dụng về mức độ xâm lấn tại chỗ, thuận lợi cho việc so sánh với các nghiên cứu khác; UPMC tập trung vào đặc điểm mạch máu, xâm lấn nội sọ, giúp lên kế hoạch can thiệp phù hợp.

Bảng 2.1. Phân độ USMVMH theo Andrews và UPMC

Phân độ	Giai đoạn				
	I	II	III	IV	V
Andrews	Giới hạn ở vòm mũi họng	Xâm lấn vào HCBKC hoặc XH/ XS/ XB, có dấu hủy xương	Xâm lấn HDTD hoặc hốc mắt. IIIA: Không xâm lấn nội sọ IIIB: Xâm lấn ngoài màng cứng (vùng quanh hố yên)	Xâm lấn nội sọ IVA: Không xâm lấn xoang hang, hố yên IVB: Xâm lấn xoang hang, hố yên	/

Phân độ	Giai đoạn				
	I	II	III	IV	V
UPMC	Giới hạn vòm mũi họng, phần trong của HCBKC	Xâm lấn vào các xoang cạnh mũi, phần ngoài của HCBKC, mạch máu nuôi u được tắc hoàn toàn	Xâm lấn sàn sọ, ổ mắt, HDTD, mạch máu nuôi u được tắc hoàn toàn	Xâm lấn sàn sọ, ổ mắt, HDTD, còn tồn lưu mạch máu nuôi u sau tắc mạch	Xâm lấn nội sọ, còn tồn lưu mạch máu nuôi u sau tắc mạch. M: u xâm lấn vào trong; L: u xâm lấn ra ngoài

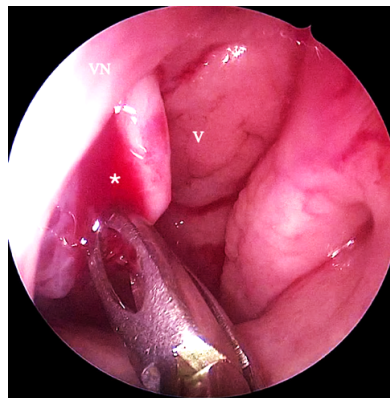
2.6.2. Trong phẫu thuật

- Gây mê và tư thế: bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế Trendelenburg đảo ngược (đầu cao 15-30 độ).
- Co mạch tại chỗ: sử dụng adrenaline 1:1000 (hoặc naphazoline nếu có chống chỉ định với adrenaline) để co mạch, giảm chảy máu.
- Dự trữ máu: chuẩn bị máu dự trữ trước phẫu thuật cho tất cả các trường hợp.
- Hệ thống định vị: đăng ký hệ thống IGS để hỗ trợ PTV xác định vị trí các cấu trúc giải phẫu quan trọng, giảm nguy cơ tổn thương.
- Tiến hành phẫu thuật, gồm 4 bước.
- **Bước 1: Mở đường vào tiếp cận khối u**
 - Cắt 2/3 sau CMD và 1/3 dưới CMG.
 - Mở bỏ móm móc, mở rộng lỗ thông XH xuống dưới và ra sau.
 - Nạo sàng trước, sàng sau.

- Mở rộng lỗ thông XB xuống dưới và ra ngoài
- Bộc lộ ĐMBKC và đốt chủ động (nếu được).
- Nếu u lan vào HCBKC nhưng còn giới hạn ở 1/2 trong → mở mặt trước của HCBKC bằng kèm Kerrison hoặc kèm cắt 45°.
- Nếu u lan đến 1/2 ngoài HCBKC → mở bỏ toàn bộ thành sau XH.
- Nếu u lan vào HDTD → mở bỏ toàn bộ thành sau và thành ngoài XH.
- Nếu u lan vào KOMD → khoan vùng xương ở vị trí giao nhau giữa thành trong và thành dưới của ổ mắt.

– **Bước 2: Bóc tách u bằng dụng cụ đốt điện có hút đơn cực**

Nếu u còn khu trú ở vòm mũi họng, chưa lan vào HCBKC, XB → người phụ kéo u qua vòm mũi họng từ hốc mũi bên còn lại, không cần mở cửa sổ vách ngăn (VN).



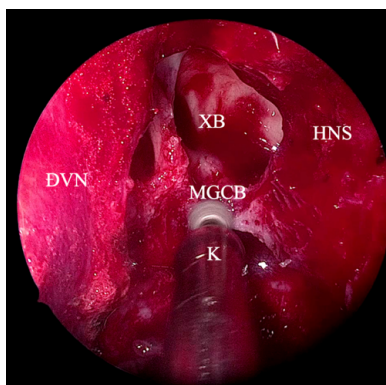
Hình 2.2. Người phụ kéo u qua vòm mũi họng từ hốc mũi trái.

(VN: vách ngăn; V: vòm mũi họng; dấu sao: khối u)

“Nguồn: BV TMH TP. HCM, 2020”

- Bóc tách u ra khỏi vị trí bám từ bờ dưới XB, ra khỏi vị trí u bám vào VN và hướng ra ngoài, cuối cùng là phần u dính vào trong vòm mũi họng.
- Nếu u lớn, che kín cửa mũi sau, chui vào HCBKC và/hoặc XB → mở cửa sổ VN → tiến hành PT bốn tay.

- Phân đoạn khối u, trước hết lấy bỏ phần u ở vòm mũi họng, sau đó bóc tách phần u ở trong XB và/hoặc trong HCBKC và/hoặc trong HDTD, phần u trong KDOM (nếu có) luôn được lấy ra sau cùng.
- **Bước 3: Cầm máu**
 - Trong quá trình PT, đánh giá mức độ chảy máu bằng thang điểm Boezaart, khi chảy máu mức độ $\geq 3 \rightarrow$ tạm ngừng PT, tấn surgical hoặc bắc tẩm adrenaline 1/1000, chờ trong 10 phút.
 - Đốt các điểm chảy máu bằng đốt điện lưỡng cực và/hoặc đơn cực.
- **Bước 4: Khoan mài các vị trí có chân bám u và kết thúc PT**
 - Dùng IGS xác định vị trí chân bám u (MGCB, ống Vidian, v.v.), khoan mài xương xốp cho đến phần xương cứng.
 - Tấn surgical vào hố mỡ (nếu còn máu chảy xuống vòm, có thể gia cố thêm bằng merocel).



Hình 2.3. Dùng khoan kim cương mài xương vùng chân bám của u, hốc mũi trái. (K: mũi khoan mài; HNS: hố nạo sàng; DVN: đuôi vách ngăn, XB: xoang bướm)

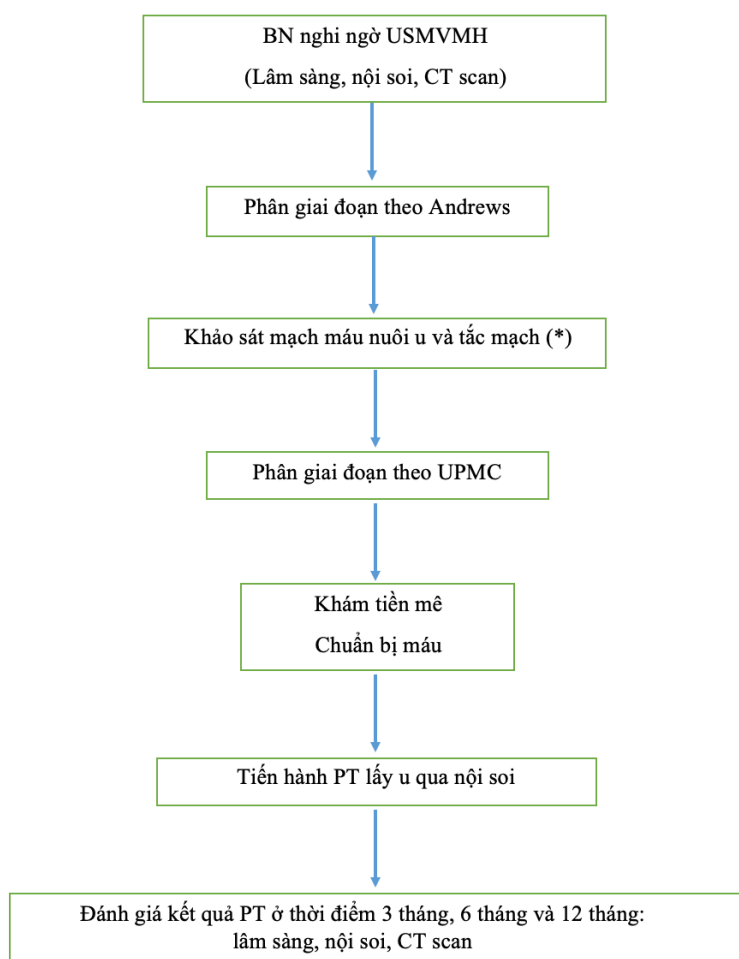
“Nguồn: BV TMH TP. HCM, 2020”

2.6.3. Sau phẫu thuật

- Thuốc: Sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch trong 4 ngày (Amoxicillin/clavulanate, Ampicillin/sulbactam, hoặc Cefuroxime), sau đó có thể

chuyển sang đường uống. Dùng Paracetamol để giảm đau (truyền tĩnh mạch ngày đầu, sau đó uống).

- Theo dõi biến chứng: s sát các biến chứng sớm có thể xảy ra như chảy máu mũi, mờ mắt, nhức đầu, chảy dịch não tủy, yếu liệt chi, v.v.
- Rút merocel (nếu có): Rút merocel (nếu có đặt trong lúc mổ) vào ngày hậu phẫu thứ 4, theo dõi chảy máu sau rút.
- Nội soi hậu phẫu: kiểm tra hố mổ trước khi xuất viện để đảm bảo không chảy máu, không sót bác, và hút sạch máu đông.
- Xuất viện: thường được xuất viện vào ngày thứ 5 sau phẫu thuật.
- Tái khám: Tái khám định kỳ sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.



(*) các trường hợp Andrews giai đoạn I có thể không cần tắc mạch

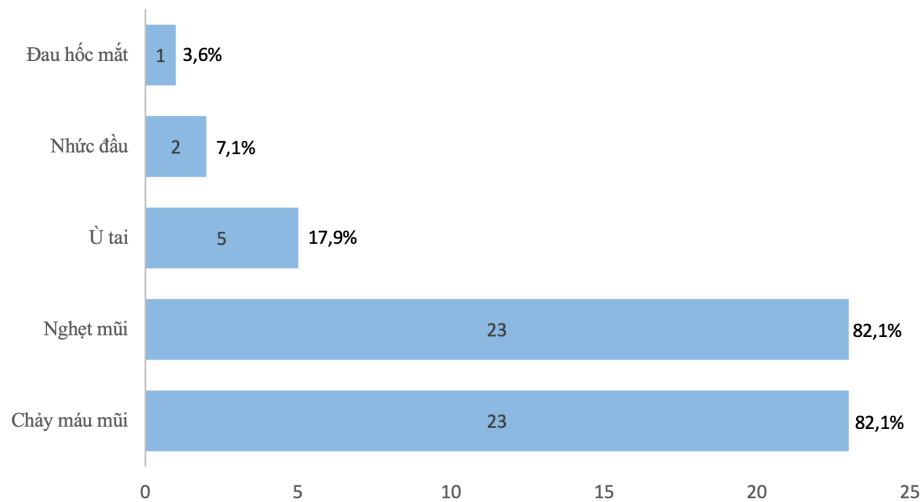
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và phân loại giai đoạn khối u

3.1.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 28 bệnh nhân nam, tuổi trung vị là 16 (dao động 12-40 tuổi), phần lớn dưới 20 tuổi (71,4%). Có 14,3% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật USMVMH. Thời gian mắc bệnh trung vị là 3 tháng (dao động 1-24 tháng), với phần lớn (92,9%) được chẩn đoán trong vòng 12 tháng đầu.

3.1.2. Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật



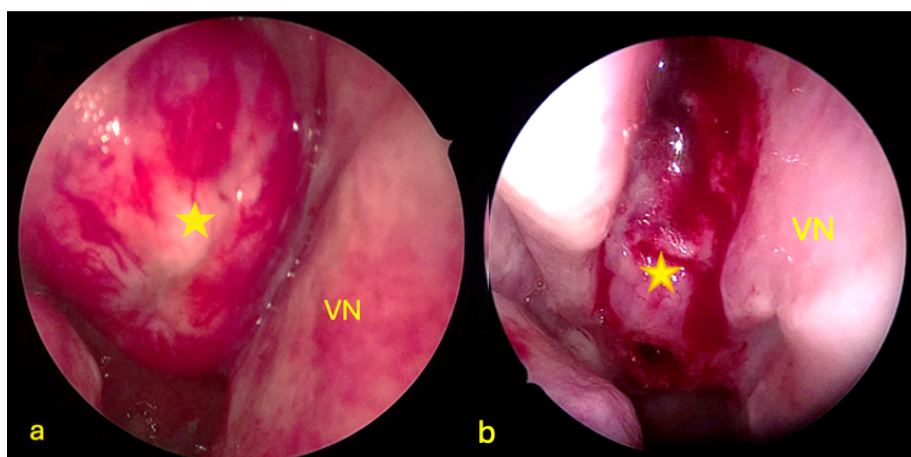
Biểu đồ 3.1. Phân bố triệu chứng cơ năng của BN USMVMH

Ở BN mắc USMVMH, có thể ghi nhận nhiều triệu chứng cơ năng xuất hiện đồng thời. Trong số này, chảy máu mũi và nghẹt mũi là hai triệu chứng nổi bật nhất, đều xuất hiện ở 23/28 trường hợp (82,1%). Triệu chứng ù tai ghi nhận ở 5/28 trường hợp (17,9%). Các triệu chứng ít phổ biến hơn như đau đầu và nhức hốc mắt lần lượt được ghi nhận ở 2/28 BN (7,1%) và 1/28 BN (3,6%).

3.1.3. Hình ảnh nội soi trước phẫu thuật

Hình ảnh nội soi điển hình của USMVMH thường là khối u có màu hồng hoặc đỏ, do tình trạng tăng sinh mạch máu. Bề mặt u thường trơn láng, không có vỏ bao, và có thể có cuống hoặc không. Mật độ khối u thường dai chắc. Vị trí thường gặp là ở vòm mũi họng, thành trên ngoài cửa mũi sau và

thành trước dưới xoang bướm (XB). Trong nghiên cứu này, 27 trên 28 bệnh nhân (96,4%) có hình ảnh nội soi điển hình. Chỉ có 1 trường hợp (3,6%) có hình ảnh nội soi không điển hình, với khối u có màu tái nhợt và không thấy rõ sự tăng sinh mạch máu.



Hình 3.1. Hình ảnh USMVMH qua nội soi. (a) Khối u điển hình bên hốc mũi phải (b) Khối u không điển hình trong hốc mũi phải (*: USMVMH, VN: vách ngăn) “*Nguồn: BN V.H.L., SHS: 20000770, BN C.S.C., SHS: 23001485*”

Về vị trí cụ thể, tất cả 28 trường hợp (100%) đều ghi nhận khối u ở cửa mũi sau. Vòm mũi họng, ngách sàng bướm và vách ngăn cũng là những vị trí thường gặp, với 26 trên 28 trường hợp (92,9%). Một số trường hợp hiếm hơn, khối u được phát hiện ở khe giữa (2 trường hợp, 7,1%), XB (1 trường hợp, 3,6%) và HDTD (1 trường hợp, 3,6%).

3.1.4. Đánh giá u trên CT scan

Tất cả 28 trường hợp (100%) đều cho thấy sự hiện diện của khối u tại lỗ BKC và cửa mũi sau. Vòm mũi họng có u ở 26 trên 28 trường hợp (92,9%). HCBKC có u ở 17 trên 28 trường hợp (60,7%). XB có u ở 13 trên 28 trường hợp (46,4%). Các vị trí khác như xoang sàng (XS), XH và HDTD có tỷ lệ u thấp hơn, mỗi vị trí có 2 trên 28 trường hợp (7,1%).

Kích thước u từ 4–6 cm chiếm đa số (57,1%), u > 4cm chiếm 39,3% và > 6 cm chiếm 3,6%.

3.1.5. Chụp khảo sát mạch máu nuôi u (DSA)

3.1.5.1. Khảo sát mạch máu nuôi u

Bảng 3.1. Phân bố chi tiết ĐM nuôi u và tỷ lệ

ĐM nuôi u	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
ĐM hàm trong cùng bên u đơn thuần	6	27,3
ĐM hàm trong 2 bên	5	22,7
ĐM hàm trong và ĐM hầu lên cùng bên u	1	4,5
ĐM hàm trong 2 bên, ĐM hầu lên cùng bên u	1	4,5
ĐM hàm trong, ĐM màng não phụ cùng bên u	1	4,5
ĐM hàm trong, ĐM mặt cùng bên u	2	9,1
ĐM cảnh ngoài cùng bên u	5	22,7
ĐM hàm trong, ĐM thái dương nông, ĐM mặt, ĐM cảnh trong đoạn xoang hang cùng bên u, tuần hoàn bàng hệ của ĐM cảnh ngoài đối bên	1	4,5
Tổng cộng	22	100

3.1.5.2. Hiệu quả tắc mạch

Tắc mạch hiệu quả (tắc 100% mạch máu nuôi u) ở 95,5% các trường hợp. Một trường hợp không đạt hiệu quả hoàn toàn do liên quan đến ĐM cảnh trong và tuần hoàn bàng hệ, có nguy cơ trôi vật liệu tắc mạch gây ra biến chứng khi thực hiện thủ thuật.

3.1.6. Phân loại giai đoạn u

Theo phân loại của Andrews, giai đoạn II (khối u lan vào HCBKC) là giai đoạn phổ biến nhất trong nghiên cứu này, chiếm 67,9% (19 trên 28 trường

hợp). Giai đoạn I (khối u còn giới hạn ở vòm mũi họng) chiếm 25% (7 trên 28 trường hợp). Giai đoạn IIIA (khối u lan vào HDTĐ) ít gặp hơn, chỉ chiếm 7,1% (2 trên 28 trường hợp). Như vậy, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu được chẩn đoán ở giai đoạn sớm (giai đoạn I và II), chiếm tổng cộng 92,9%. Khi phân loại theo hệ thống UPMC, giai đoạn II cũng chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,6% (15 trên 28 trường hợp), tiếp theo là giai đoạn I với 39,3% (11 trên 28 trường hợp). Các giai đoạn muộn hơn (giai đoạn III và IV) rất hiếm gặp, mỗi giai đoạn chỉ chiếm 3,6% (1 trên 28 trường hợp).



Hình 3.2. CT scan cho thấy khối u bên phải lan nhiều vào HCBKC.

(Andrews II, UPMC II) (dấu sao: khối u, mũi tên: HCBKC)

“Nguồn: BN Đ.M.H., SHS:20008961”



Hình 3.3. CT scan thấy khối u lan vào HDTĐ bên trái, mạch máu nuôi u được tắc hoàn toàn. (Andrews IIIA, UPMC III) (dấu sao: khối u, mũi tên: HDTĐ)

“Nguồn: BN Y.L.N., SHS: 23004234”

3.2. Đặc điểm phẫu thuật nội soi

3.2.1. Đường tiếp cận cận khối u

Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều được phẫu thuật nội soi. Các bước phẫu thuật ban đầu bao gồm cắt 2/3 sau cuồn mũi dưới, cắt 1/3 dưới cuồn mũi giữa, mở rộng XH, nạo XS, mở rộng XB và đốt ĐM bướm khẩu cái (ĐMBKC) (nếu có thể thực hiện). Sau đó, đường tiếp cận cụ thể đến khối u sẽ được điều chỉnh tùy thuộc vào mức độ lan rộng của u trên phim chụp CT scan. Nếu khối u còn giới hạn ở vòm mũi họng, PTV không cần phải mở HCBKC. Nếu u lan vào XB nhưng không lan vào HCBKC, thì chỉ cần mở XB. Trong trường hợp u lan vào HCBKC, PTV sẽ mở thành trước HCBKC (nếu u khu trú ở 1/2 trong) hoặc mở toàn bộ thành sau (nếu u lan ra 1/2 ngoài HCBKC). Nếu khối u lan vào HDTD, cần phải mở toàn bộ thành sau và thành ngoài XH. Đối với trường hợp u lan vào khe ổ mắt dưới, PTV sẽ tiến hành khoan vùng xương ở vị trí này. Trong nghiên cứu, phần lớn các trường hợp (39,3%, tương ứng 11 trên 28 trường hợp) cần phải mở toàn bộ thành sau XH.

3.2.2. Mở cửa sổ vách ngăn

Kỹ thuật mở cửa sổ vách ngăn được thực hiện ở phần lớn các trường hợp (24 trên 28 trường hợp, chiếm 85,7%) để hỗ trợ quá trình bóc tách khối u, đặc biệt là khi khối u ở giai đoạn II trở lên hoặc khi PTV không thể kéo u qua vòm mũi họng đối diện. Chỉ có một số ít trường hợp (4 trên 28 trường hợp, chiếm 14,3%) u ở giai đoạn I, có thể kéo u qua vòm mà không cần phải mở cửa sổ vách ngăn.

3.2.3. Bộc lộ và đốt ĐM bướm khẩu cái

ĐMBKC là một trong hai nhánh tận của ĐM hàm trong và được xem là nhánh ĐM chính cung cấp máu cho khối u ở giai đoạn sớm. Do đó, việc bộc lộ và đốt ĐMBKC là một bước quan trọng trong phẫu thuật. Tuy nhiên, trong một số trường hợp khối u có kích thước lớn, việc này có thể không thực hiện được.

Trong nghiên cứu, ĐMBKC được bộc lộ và đốt chủ động trong 21 trên 28 trường hợp (chiếm 75%).

3.2.4. Mức độ chảy máu trên phẫu trường

Mức độ chảy máu trong quá trình phẫu thuật nội soi lấy USMVMH được đánh giá theo thang điểm Boezaart. Điểm trung bình trong nghiên cứu là 2.9 (độ lệch chuẩn ± 0.7). Phần lớn các trường hợp có mức độ chảy máu nhẹ đến vừa (điểm 2 và 3), chiếm 78,5% (9 trường hợp 2 điểm, 13 trường hợp 3 điểm). Có 6 trên 28 trường hợp (21,4%) có mức độ chảy máu vừa phải (điểm 4).

3.2.5. Phân đoạn khối u

Đối với những khối u có kích thước lớn, PTV cần thực hiện kỹ thuật phân đoạn khối u để có thể lấy bỏ u một cách an toàn và hiệu quả. Đối với những khối u nhỏ, còn khu trú trong vòm mũi họng và cửa mũi sau, có thể lấy trọn khối u mà không cần phải phân đoạn.

3.2.6. Khoan mài xương ở vị trí chân bám

Khoan mài xương ở vị trí chân bám của khối u là một bước quan trọng để giảm thiểu nguy cơ tái phát bệnh. Tất cả các trường hợp (100%) trong nghiên cứu đều được khoan mài xương ở vị trí mảnh giao chân bướm (MGCB). Các vị trí khác có thể được khoan mài bao gồm ống thần kinh Vid-ian (6 trên 28 trường hợp, 21,4%), sàn XB (2 trên 28 trường hợp, 7,1%) và đuôi vách ngăn (1 trên 28 trường hợp, 3,6%), tùy thuộc vào vị trí chân bám cụ thể của khối u trên từng bệnh nhân.

3.2.7. Cầm máu kết thúc phẫu thuật

Sau khi đã lấy bỏ khối u và khoan mài xương, tiến hành cầm máu kỹ lưỡng bằng dụng cụ đốt điện lưỡng cực hoặc đơn cực. Tất cả các trường hợp đều được sử dụng surgicel để cầm máu tại hố mổ. Trong trường hợp còn chảy máu hoặc có thực hiện chỉnh hình vách ngăn, PTV sẽ đặt thêm merocel. Trong nghiên cứu này, có 22 trên 28 trường hợp (78,6%) cần đặt merocel.

3.3. Kết quả phẫu thuật

3.3.1. Lấy sạch u về mặt đại thể

Tất cả 28 trường hợp đều được lấy sạch u hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi, dựa trên đánh giá trong quá trình phẫu thuật và có sự hỗ trợ của hệ thống định vị IGS. Không có trường hợp nào cần phải phẫu thuật lại.

3.3.2. Lượng máu mất trong phẫu thuật

Lượng máu mất trung vị trong phẫu thuật là 250 ml (dao động: 100-1850 ml). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lượng máu mất giữa các giai đoạn u theo phân loại Andrews hoặc UPMC. Phần lớn các trường hợp (78,6%) có lượng máu mất dưới 500 ml. Có 2 trường hợp (7,1%) cần truyền máu.

- Mỗi liên quan với mạch máu nuôi u: Lượng máu mất trung vị ở nhóm có nhiều nhánh mạch máu nuôi u cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có một nhánh nuôi (300 ml so với 200 ml, $p = 0,033$). Tương tự, nhóm u được cấp máu từ hai bên có lượng máu mất trung vị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm một bên (600 ml so với 250 ml, $p = 0,039$).
- Mỗi liên quan với kích thước u: Không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa đường kính lớn nhất của khối u và lượng máu mất trong phẫu thuật.

3.3.3. Các trường hợp truyền máu

Có 2 trường hợp (7,1%) cần truyền máu sau phẫu thuật, cả hai đều ở giai đoạn II theo Andrews.

- Trường hợp 1: BN giai đoạn II theo Andrews, kèm viêm đa xoang cấp, mất 1850 ml máu trong phẫu thuật. Sau PT, BN được truyền 3 đơn vị hồng cầu lắng, trong đó 1 đơn vị 350 ml và 2 đơn vị 450 ml.
- Trường hợp 2: BN tái phát có khối u giai đoạn II sau 2 năm PT (trước đó được PT bằng phương pháp nội soi cũ), mất 1300 ml máu trong PT. Sau PT, BN được truyền 2 đơn vị hồng cầu lắng 350 ml.

3.3.4. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 125,5 phút (dao động: 60-260 phút). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật giữa các giai đoạn u theo cả hai hệ thống phân loại Andrews và UPMC. Không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật và kích thước khối u.

3.3.5. Biến chứng trong và sau phẫu thuật

Không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nghiêm trọng trong phẫu thuật (chảy máu không kiểm soát, tổn thương hốc mắt, chảy dịch não tủy). Sau phẫu thuật, có 1 trường hợp tê mắt (ở bệnh nhân có u giai đoạn IV theo UPMC), đã cải thiện sau 3 tháng. Không có trường hợp nào bị chảy máu sau phẫu thuật hoặc các biến chứng khác.

3.4. Theo dõi sau phẫu thuật

3.4.1. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật: từ 3 đến 54 tháng.

3.4.2. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật

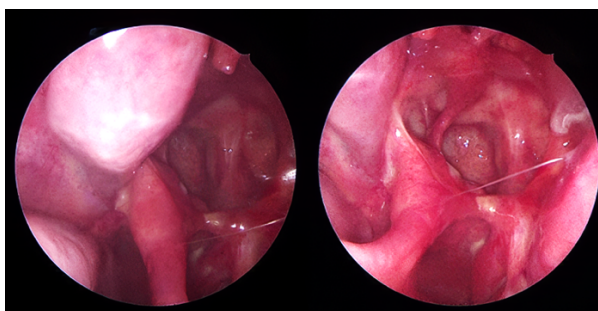
Sau phẫu thuật, tất cả các bệnh nhân đều không còn các triệu chứng cơ năng trước mổ (chảy máu mũi, nghẹt mũi, ù tai...). Chỉ có một trường hợp bị tê mắt sau phẫu thuật (đã đề cập ở phần biến chứng).

3.4.3. Hình ảnh nội soi sau phẫu thuật

Bệnh nhân được nội soi kiểm tra định kỳ sau phẫu thuật (3 tháng, 6 tháng, 12 tháng và có thể lâu hơn).

- Sau 3 tháng: 28 bệnh nhân được nội soi. 53,6% hố mổ lành tốt, 35,7% còn nhầy đục/phù nề (không nghi ngờ tái phát), 10,7% nghi ngờ tái phát.
- Sau 6 tháng: 20 bệnh nhân được nội soi. 90% hố mổ lành tốt, 5% còn nhầy đục, 5% nghi ngờ tái phát (theo dõi từ tháng thứ 3).

Sau 12 tháng: 25 bệnh nhân được nội soi. 84% hố mổ lành tốt, 8% còn nhầy đục/phù nề, 8% nghi ngờ tái phát.



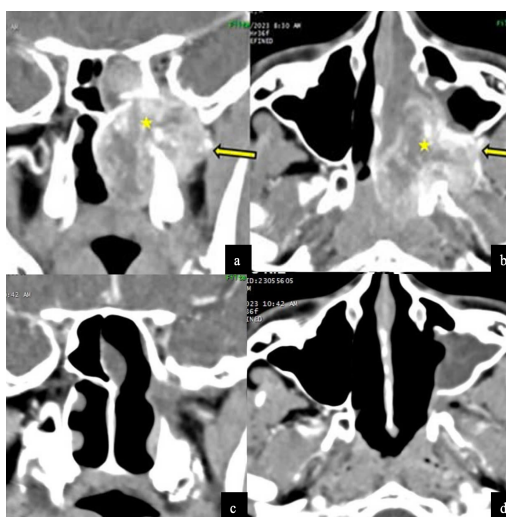
Hình 3.4. Hình ảnh nội soi sau 6 tháng PT, hố mổ khô, không đọng vảy, không sẹo dính, không có hình ảnh u tái phát.

“Nguồn: N.T.L., SHS: 22003869”

3.4.4. CT scan sau phẫu thuật

CT scan được thực hiện để kiểm tra sau phẫu thuật, có thể có hoặc không có thuốc cản quang.

- Sau 3 tháng: 6/28 bệnh nhân chụp, phát hiện 2 trường hợp tái phát.
- Sau 6 tháng: 11/28 bệnh nhân chụp, không phát hiện tái phát.
- Sau 12 tháng: 25/28 bệnh nhân chụp, phát hiện 1 trường hợp tái phát.
- Sau 12 tháng, 25 trường hợp trên tiếp tục được theo dõi qua các mốc 12 – 24 tháng (14 BN) , 24 – 36 tháng (4 BN), 36 – 48 tháng (5 BN) và trên 48 tháng (2 BN).

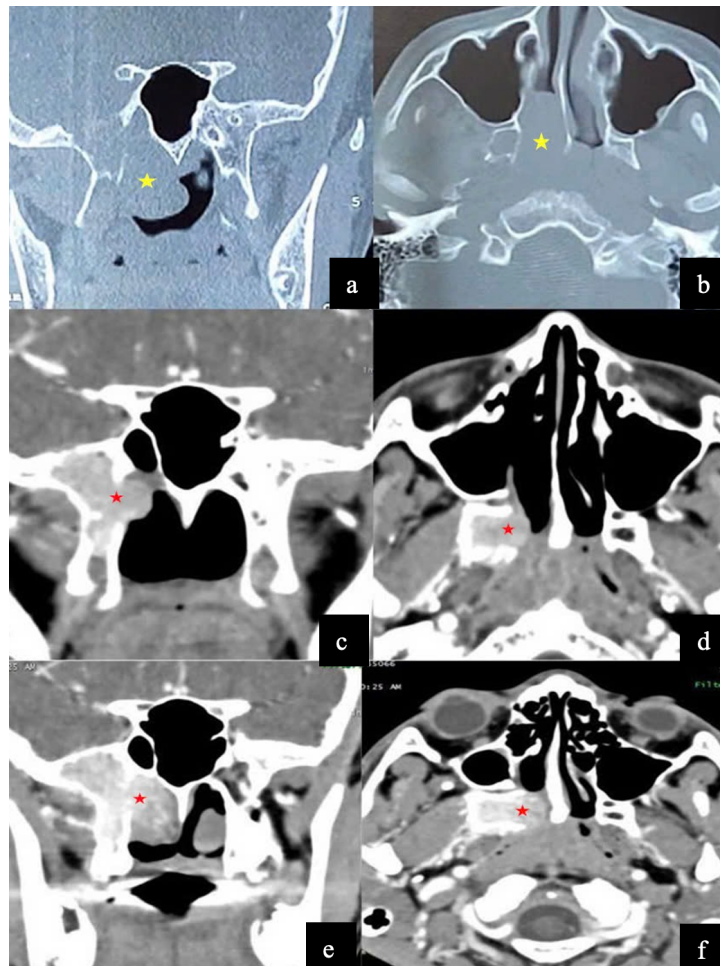


Hình 3.5: CT scan kiểm tra sau 6 tháng PT

“Nguồn: BN Y.L.N., SHS: 23004234”

3.4.5. Các trường hợp tái phát: Có 3 trường hợp (10,7%) tái phát sau phẫu thuật

- Trường hợp 1: Tái phát sau 3 tháng, u ở vùng mỏm chân bướm - HCBKC, không triệu chứng, theo dõi không thấy u lớn thêm.
- Trường hợp 2: Tái phát sau 4 tháng, u lan vào XB. Ban đầu không triệu chứng, sau 11 tháng u lớn thêm, có triệu chứng, được phẫu thuật lại.
- Trường hợp 3: Phát hiện muộn (sau 21 tháng) do BN không đi tái khám đúng hẹn.



Hình 3.6. Khối u trước PT lan vào HCBKC và XB phải (a–b); CT scan sau 4 tháng, nghi ngờ u tái phát vùng mỏm chân bướm – HCBKC (c–d); CT scan sau 11 tháng, khối nghi ngờ u tái phát gia tăng kích thước (e–f). (* vàng: khối u trước PT; * đỏ: vùng nghi u tái phát) “Nguồn: H.G.H, SHS: 23008645”

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và phân loại giai đoạn khối u

4.1.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Giới tính: Tất cả bệnh nhân (BN) trong nghiên cứu đều là nam (100%), phù hợp với các báo cáo trước đây về u sợi mạch vòm mũi họng (USMVMH) thường xảy ra ở nam giới trẻ. Điều này có thể liên quan đến ảnh hưởng của hormone testosterone.

Tuổi: Tuổi trung vị của bệnh nhân là 16, phần lớn dưới 20 tuổi (71,4%). BN nhỏ nhất là 12 tuổi, lớn nhất là 40 tuổi. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác, cho thấy USMVMH thường gặp ở thanh thiếu niên. Tuy nhiên, bệnh cũng có thể xuất hiện ở người lớn (trên 30 tuổi), với đặc điểm khối u có thể không điển hình.

Tiền sử: Có 14,3% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật USMVMH, cho thấy đặc điểm dễ tái phát của bệnh.

Thời gian mắc bệnh: trung bình là 5,6 tháng (dao động 1-24 tháng), tương đồng với các nghiên cứu khác. Bệnh nhân có triệu chứng nghẹt mũi thường đi khám muộn hơn so với triệu chứng chảy máu mũi.

4.1.2. Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật

Chảy máu mũi và nghẹt mũi là hai triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở bệnh nhân u sợi mạch vòm mũi họng (USMVMH), cùng xuất hiện ở 82,1% các trường hợp. Tỷ lệ này tương đồng với các báo cáo của Boghani (76,2%), cũng như các nghiên cứu khác. Triệu chứng ù tai ít gặp hơn, ghi nhận ở 17,9% các trường hợp. Các triệu chứng khác như nhức đầu và đau tức hốc mắt ít phổ biến, và thường liên quan đến các trường hợp u ở giai đoạn tiến triển, có chèn ép các cấu trúc lân cận.

4.1.3. Hình ảnh nội soi trước phẫu thuật

Hình ảnh điển hình của USMVMH, quan sát thấy ở 96,4% các trường hợp, là khối u có màu hồng hoặc đỏ do tăng sinh mạch máu, bề mặt trơn láng, không có vỏ bao. U thường được tìm thấy ở vị trí cửa mũi sau (100% các trường hợp), vòm mũi họng, ngách sàng bướm và vách ngăn (92,9% các trường hợp). Có một trường hợp không điển hình (3,6%) với khối u màu nhạt, ít mạch máu, gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, đặt ra vấn đề chẩn đoán phân biệt với các loại u mũi xoang khác.

4.1.4. CT scan trước phẫu thuật

CT scan có tầm quan trọng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định USMVMH, với độ chính xác cao (96,4% trong nghiên cứu này). Hình ảnh CT scan cho thấy khối u xuất phát từ lỗ BKC, lan theo các đường có sức cản thấp nhất như HCBKC. Tỷ lệ u lan vào HCBKC trong nghiên cứu này là 60,7%, có thể khác biệt so với các nghiên cứu khác do sự khác biệt về giai đoạn u tại thời điểm chẩn đoán. CT scan cung cấp thông tin thiết yếu về vị trí, hướng lan, giai đoạn của khối u, hỗ trợ lập kế hoạch PT.

4.1.5. Tắc mạch trước phẫu thuật

4.1.5.1. Phân bố mạch máu

ĐM hàm trong là nguồn cấp máu chính cho khối u, được ghi nhận ở 77,3% các trường hợp. Một số trường hợp có thêm nguồn cấp máu từ các nhánh khác của ĐM cảnh ngoài (như ĐM hầu lên, ĐM mặt, ĐM thái dương nông, ĐM màng não phụ) hoặc ĐM cảnh trong (trong một trường hợp phức tạp). ĐM cảnh ngoài tham gia cấp máu cho tất cả các trường hợp.

4.1.5.2. Kỹ thuật và vật liệu tắc mạch

Vật liệu tắc mạch được sử dụng phổ biến nhất là hạt PVA. Thủ thuật tắc mạch được thực hiện nhằm giảm nguy cơ chảy máu trong quá trình phẫu thuật, tất cả đều thực hiện qua đường xuyên mạch máu, từ ĐM đùi. Trong nghiên cứu

này, một số trường hợp u ở giai đoạn sớm (I, II theo Andrews) không cần thực hiện tắc mạch trước phẫu thuật (phụ thuộc kinh nghiệm của PTV).

Những khối u ở giai đoạn muộn, việc khảo sát mạch máu để đánh giá đầy đủ các nhánh nuôi u, giúp việc tắc mạch trước PHẪU THUẬT giúp hạn chế lượng máu mất, cũng như tiên lượng để có sự chuẩn bị đầy đủ cho những trường hợp có nguồn cấp máu từ ĐM cảnh trong.

Những khối u ở giai đoạn sớm, việc không thực hiện tắc mạch hạn chế biến chứng, đau đớn cho BN, ngoài ra còn tiết kiệm thời gian và chi phí điều trị cho BN. Tuy nhiên đòi hỏi PTV có nhiều kinh nghiệm.

4.1.6. Phân loại các giai đoạn u

- Theo Andrews: Giai đoạn II (u lan vào HCBKC) là phổ biến nhất (67,9%). Phần lớn được chẩn đoán ở giai đoạn sớm (I và II: 92,9%).
- Theo UPMC: Giai đoạn II cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (53,6%), tiếp theo là giai đoạn I (39,3%). Các giai đoạn III và IV hiếm gặp.
- Việc kết hợp hai hệ thống phân loại này giúp đánh giá toàn diện mức độ xâm lấn, lập kế hoạch điều trị, tiên lượng, nhất là đối với các trường hợp u giai đoạn I, II theo phân độ UPMC (có thể không cần được tắc mạch trước PT)

4.2. Đặc điểm phẫu thuật nội soi

4.2.1. Các thì phẫu thuật và mở đường vào

Phẫu thuật nội soi lấy USMVMH được thực hiện theo các thì, kết hợp điều chỉnh đường vào tùy theo giai đoạn và độ lan rộng của u. Các bước ban đầu bao gồm cắt cuốn mũi (2/3 sau cuốn dưới, 1/3 dưới cuốn giữa), mở rộng XH, nạo XS, mở rộng XB. Đường vào sau đó được điều chỉnh:

- U giới hạn ở vòm: Không cần mở HCBKC.
- U lan vào XB: Chỉ mở XB.

- U lan vào HCBKC: Mở thành trước HCBKC (u ở 1/2 trong) hoặc mở toàn bộ thành sau XH (u ở 1/2 ngoài).
- U lan vào HDTD: Mở toàn bộ thành sau và thành ngoài XH.
- U lan vào khe ổ mắt dưới: Khoan vùng xương.

Việc mở đường vào tiếp cận khối u phù hợp tùy thuộc vào giai đoạn u giúp lấy u hiệu quả và hạn chế tàn phá các cấu trúc giải phẫu bình thường khác.

U lớn cần phân đoạn để lấy bỏ. Kỹ thuật "bốn tay" được áp dụng để cải thiện phẫu trường và thao tác. Kiểm soát chảy máu là yếu tố quan trọng, sử dụng thang điểm Boezaart để đánh giá và có biện pháp cầm máu thích hợp khi điểm ≥ 3 (đốt điện, vật liệu cầm máu). Sau khi lấy u, khoan mài xương ở vị trí chân bám (thường là mảnh giao chân bướm, sử dụng hệ thống định vị IGS) để giảm nguy cơ tái phát. Cuối cùng, cầm máu bằng đốt điện và Surgicel, có thể đặt merocel nếu cần.

4.2.2. Đốt động mạch bướm khẩu cái chủ động:

Bộc lộ và đốt ĐMBKC chủ động trước khi bóc tách u giúp giảm chảy máu, được thực hiện ở 75% các trường hợp.

4.2.3. Kỹ thuật mổ bốn tay

Kỹ thuật "bốn tay" (người phụ hỗ trợ kéo u và hút máu) được áp dụng qua lỗ mở cửa sổ vách ngăn, giúp cải thiện phẫu trường, tối ưu hóa thao tác, giảm nguy cơ sót u và rút ngắn thời gian phẫu thuật. Đây là một kỹ thuật không thể thiếu trong kỹ thuật lấy u này.

4.2.4. Mở cửa sổ vách ngăn

Kỹ thuật này được thực hiện ở phần lớn các trường hợp (85,7%) để hỗ trợ bóc tách u (đặc biệt khi u lớn hoặc lan rộng), giúp phẫu thuật viên thao tác dễ dàng hơn ở các vị trí khó.

4.2.5. Khoan mài chân u

Được thực hiện ở tất cả các trường hợp, cần khoan mài hết các phần xương xốp, thường là ở mảnh giao chân bướm, một số trường hợp ở ống thần kinh Vidian, sàn xương bướm và những vị trí chân bám mà khối u lan tới để hạn chế tái phát.

4.3. Kết quả phẫu thuật

4.3.1. Lượng máu mất trong phẫu thuật

Lượng máu mất trung vị là 250 ml, (dao động 100-1850 ml). Lượng máu mất trong nghiên cứu này có thấp hơn đáng kể so với một số nghiên cứu lấy u qua đường mổ mở. Chỉ có 2 trường hợp (7,1%) cần truyền máu sau phẫu thuật (đều trong giai đoạn đầu của nghiên cứu).

4.3.2. Thời gian phẫu thuật

Trung bình là 125,5 phút (dao động 60-260 phút). Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu này ngắn hơn so với một số nghiên cứu khác, có thể do nghiên cứu chúng tôi đa phần là các khối u giai đoạn sớm. Các trường hợp kéo dài thường liên quan đến chảy máu nhiều, u xâm lấn xương hoặc giai đoạn muộn.

4.3.3. Biến chứng trong và sau phẫu thuật

Chỉ có một trường hợp (3,6%) gặp biến chứng (giảm cảm giác vùng mặt, cải thiện sau 3 tháng). Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu này thấp hơn so với một số báo cáo khác, nhất là những nghiên cứu PT lấy u qua đường ngoài.

4.3.4. Giải phẫu mô bệnh học của u sợi mạch vòm mũi họng

Tất cả các trường hợp sau phẫu thuật đều có kết quả mô bệnh học phù hợp với USMVMH. Không có trường hợp nào có dấu hiệu chuyển dạng ác tính. Chỉ 1 trường hợp được sinh thiết trước mổ do hình ảnh khối u không điển hình trên hình ảnh nội soi và CT scan.

4.4. Theo dõi sau phẫu thuật

4.4.1. Đánh giá qua nội soi

Nội soi được thực hiện tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 1 năm sau phẫu thuật, nhằm kiểm tra tình trạng hố mổ (phát hiện nhầy đục, phù nề, sẹo dính) và tầm soát các dấu hiệu nghi ngờ tái phát. Trong nghiên cứu này, phần lớn hố mổ lành tốt sau 3 tháng (53,6%, 15/28 trường hợp); tuy nhiên, một số trường hợp vẫn còn tình trạng nhầy đục, phù nề (35,7%, 10/28), thường đáp ứng với điều trị nội khoa. Tỷ lệ hố mổ lành tốt tăng lên ở các thời điểm theo dõi sau (90% ở 6 tháng và 83,4% ở 12 tháng). Có 2 trường hợp sẹo dính cuốn giữa - vách ngăn được xử trí tại phòng soi. Đáng chú ý, 3 trường hợp (10,7%) nghi ngờ tái phát trên nội soi ở thời điểm 3 tháng, và 2 trong số đó được xác nhận bằng CT scan.

4.4.2. Đánh giá qua CT scan

CT scan có can quang đóng vai trò quan trọng trong việc xác định u còn sót hoặc tái phát, đặc biệt khi có nghi ngờ trên nội soi hoặc bệnh nhân có triệu chứng. Trong nghiên cứu, CT scan được chỉ định sau 3 tháng nếu có nghi ngờ, hoặc sau 6 tháng/1 năm để theo dõi thường quy. Mặc dù chụp MRI có thể hữu ích, nhưng điều kiện thực tế tại cơ sở nghiên cứu hạn chế việc sử dụng thường quy. Kết quả CT scan cho thấy 2 trường hợp tái phát ở thời điểm 3 tháng (một trường hợp u không tăng kích thước sau 6 tháng theo dõi, một trường hợp u tăng kích thước và có triệu chứng sau 11 tháng). Một trường hợp tái phát khác được phát hiện muộn hơn, sau 21 tháng. Trong nghiên cứu này, vì hạn chế thời gian nên việc đánh giá tái phát chỉ sau 1 năm chụp lại CT scan. Thời gian kết luận tái phát đầy đủ và chặt chẽ hơn có thể cần theo dõi từ 3–5 năm.

4.4.3. Tỷ lệ tái phát

Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu là 10,7% (3/28 trường hợp). Các yếu tố nguy cơ tái phát được ghi nhận bao gồm: tuổi trẻ (2/3 trường hợp tái phát ở độ

tuổi 14 và 15), tình trạng tồn lưu mạch máu sau tắc mạch (1/3), và u lan vào HDTD (1/3). So với PT đường mổ mở, một lần nữa cho thấy ưu điểm PTNSMX là tỷ lệ tái phát thấp.

CHƯƠNG 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về PT nội soi trong điều trị USMVMH ở 28 BN từ 9/2019 đến 12/2024 tại BV TMH TP. HCM, chúng tôi đã đưa ra những kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi, hình ảnh học và phân loại giai đoạn u sợi mạch vòm mũi họng

- Tất cả bệnh nhân là nam, tuổi trung vị 16 (12-40), phần lớn dưới 20 tuổi (71,4%).
- Triệu chứng: Chảy máu mũi và nghẹt mũi là phổ biến nhất (82,1%).
- Nội soi: Hình ảnh điển hình (u màu hồng, tăng sinh mạch) chiếm 96,4%, thường ở cửa mũi sau, vòm, ngách sàng bướm, vách ngăn.
- CT scan: U luôn xuất phát từ lỗ bướm khẩu cái (BKC) và cửa mũi sau (100%), lan vào vòm (92,9%), hố chân bướm khẩu cái (HCBKC) (60,7%), xoang bướm (46,4%).
- Tắc mạch: 78,6% bệnh nhân được tắc mạch trước phẫu thuật. ĐM hàm trong là nguồn cấp máu chính (77,3%). Vật liệu tắc mạch phổ biến là PVA.
- Phân loại: Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn sớm (I và II) theo cả hai hệ thống Andrews (92,9%) và UPMC (92,9%).

2. Đặc điểm của phẫu thuật lấy u sợi mạch vòm mũi họng qua nội soi

- Phẫu thuật nội soi cho phép quan sát rõ, mở rộng các thì lấy u, bảo tồn cấu trúc. Kiểm soát chảy máu hiệu quả nhờ đốt ĐMBKC chủ động, sử dụng dụng cụ đốt điện và vật liệu cầm máu. Kiểm soát chảy máu theo thang điểm Boezaart. Một số trường hợp u giai đoạn I (UPMC) có thể không cần tắc mạch.

- Kỹ thuật "bốn tay" rất hữu ích trong quá trình bóc tách u, hạn chế sót u.
- Dụng cụ đốt đơn cực có hút tiện dụng, hiệu quả, chi phí hợp lý.
- Khoan mài xương tại chân bám u giúp giảm tái phát.

3. Kết quả phẫu thuật

- Lượng máu mất trung vị là 250 ml (100 ml – 1850 ml).
- Thời gian PT trung bình: 125,5 phút (60 phút – 260 phút).
- Biến chứng trong và sau PT chỉ gặp 1 trường hợp tê mặt và đã phục hồi sau 3 tháng.
- Tỷ lệ tái phát u: 10,7% với 3 trường hợp, với 2 trường hợp ghi nhận sau khoảng 3 tháng PT, và 1 trường hợp sau 21 tháng PT.
- Vị trí u tái phát: mảnh chân bướm trong 3 trường hợp, sàn sọ và xoang hang trong 1 trường hợp.

Nghiên cứu cung cấp bức tranh toàn diện về USMVMH tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM, khẳng định hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị. Kết quả nghiên cứu là cơ sở quan trọng để xây dựng quy trình điều trị chuẩn và định hướng cho các nghiên cứu tiếp theo.

KIẾN NGHỊ

- Mở rộng phạm vi nghiên cứu, triển khai các nghiên cứu đa trung tâm tại nhiều cơ sở y tế chuyên khoa Tai Mũi Họng có đủ năng lực phẫu thuật khối u sàn sọ qua đường nội soi mũi xoang. Đồng thời, việc tăng cỡ mẫu nghiên cứu và kéo dài thời gian theo dõi bệnh nhân là cần thiết để đánh giá chính xác tỷ lệ tái phát muộn của bệnh.
- Cần nghiên cứu so sánh hiệu quả giữa phương pháp tắc mạch và không tắc mạch trước phẫu thuật, thông qua các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên có nhóm chứng.

Cần thêm những nghiên cứu PT nội soi lấy USMVMH ở giai đoạn muộn có xâm lấn nội sọ.