

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐẶT PENROSE DẪN LƯU TRONG PHẪU THUẬT VÁCH NGĂN CÓ KHÂU ÉP

Ngô Vương Mỹ Nhân, Bùi Thị Xuân Nga và Lý Thị Xinh

Khoa TMH, Bệnh viện An giang

EVALUATE THE EFFECT OF PENROSE DRAIN IN SEPTOPLASTY WITH SEPTAL SUTURING.

SUMMARY

Background and Objective: Nasal septal deviation is as common in Vietnam as it is in the world. Septal suturing technique have been replaced for anterior nasal packing technique in septoplasty in order to reduce pain and discomfort for patients. Congestion of nasal septal floor by hematoma leads to nasal obstruction. This study is to evaluate the effectiveness of penrose drain in septal suturing septoplasty. **Subjects and methods:** A cross sectional study, collecting all patients admitted to ENT department from June 2010 to June 2011. All 94 patients had submucous septoplasty with trans-septal suturing. We compared between two groups with or without penrose drain inserted at nasal septal floor. **Results:** There were 44 male (46,8%) and 50 female patients (53,2%). In univariate analysis, there is only postoperated nasal blockage level having significant difference between two groups. After adjusting confounding factors, the different distance (measured from septum to lateral nasal wall) at inferior turbinate caudal was significant different between pre-operation and post-operation, $OR = 2,4$ (KTC 95% 1,3 – 4,2)($p=0,04$). **Conclusion:** Using technique with penrose drain decreased the congestion caused by septal hematoma as compare to that without penrose drain.

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề và mục tiêu: Vẹo vách ngăn là dị tật thường gặp ở VN cũng như trên thế giới. Phương pháp khâu vách ngăn đã thay thế cho đặt mèche mũi trước trong phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn để giảm những khó chịu và đau căng vùng mũi cho người bệnh. Vùng chân vách ngăn dễ bị phình ra do đọng máu gây cản trở một phần không khí qua mũi. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá hiệu quả đặt penrose dẫn lưu vùng chân vách ngăn trong phẫu thuật vách ngăn có khâu ép vách ngăn.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả ghi nhận các trường hợp vẹo vách ngăn vào khoa Tai Mũi Họng từ 6/2010 đến 6/2011. Tất cả 94 bệnh nhân đều được phẫu thuật xén vách ngăn dưới niêm mạc đơn thuần kèm khâu ép vách ngăn. Chúng tôi so sánh giữa 2 nhóm có đặt dẫn lưu hoặc không đặt dẫn lưu vùng chân vách ngăn. **Kết quả:** Trong 94 bệnh nhân, có

44 nam (46,8%) và 50 nữ (53,2%). Trong phân tích đơn biến, chỉ có mức độ nghẹt mũi sau mổ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($P=0,00$). Sau khi hiệu chỉnh yếu tố nghẹt mũi sau mổ, chỉ có khoảng cách chênh (đo từ vách ngăn đến thành ngoài hốc mũi sau mổ so với trước mổ) tương ứng đuôi cuốn mũi dưới có khác biệt có ý nghĩa $OR= 2,4$, $P = 0,04$ (KTC 95% 1,3 – 4,2). Nó có giá trị tiên đoán mức độ tụ máu giữa 2 phương pháp. **Kết luận:** Phương pháp có đặt penrose dẫn lưu làm giảm tình trạng tụ máu và nghẹt mũi nhiều hơn không đặt penrose dẫn lưu.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Lệch vách ngăn là dị tật thường gặp ở VN cũng như trên thế giới. Ở Mỹ, phẫu thuật vách ngăn đứng thứ 3 trong phẫu thuật TMH^[3]. Những năm gần đây, trên thế giới đã áp dụng phương pháp khâu vách ngăn không đặt mèche trong phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn để giảm những khó chịu và đau căng vùng mũi cho người bệnh^[4].

Chức năng thở qua mũi chủ yếu do 2/3 dưới hốc mũi^[1]. Trong phẫu thuật vách ngăn có khâu ép vách ngăn giúp người bệnh tự thở qua mũi dễ dàng do không đặt mèche mũi^[6]. Nhưng vùng chân vách ngăn dễ bị phình ra do đọng máu gây cản trở một phần không khí qua mũi. Vùng chân vách ngăn hậu phẫu bị phình có thể do đọng máu hoặc do niêm mạc vách ngăn chùn xuống.

Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu để đánh giá hiệu quả đặt penrose dẫn lưu vùng chân vách ngăn trong phẫu thuật vách ngăn có khâu ép và không nhét mèche mũi.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn nghiên cứu: gồm tất cả người bệnh trên 18 tuổi không có chống chỉ định trong phẫu thuật vách ngăn. Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh có can thiệp thêm phẫu thuật khác (cắt concha bullosa, bẻ cuốn mũi, phẫu thuật xoang....), tuột chỉ khâu ép vách ngăn, vách ngăn bị rách trong khi phẫu thuật cũng như các trường hợp có nhét mèche mũi kèm theo.

Phương pháp nghiên cứu:

Chúng tôi sử dụng phương pháp cắt ngang mô tả và so sánh giữa 2 nhóm có đặt và không đặt penrose dẫn lưu vùng chân vách ngăn trong phẫu thuật vách ngăn có khâu ép niêm mạc vách ngăn. Thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2010 đến tháng 6/2011 tại khoa TMH BVĐKTT AG.

Tất cả người bệnh được chẩn đoán vẹo vách ngăn qua nội soi mũi xoang và Xquang Blondeau – Hirtz. Chúng tôi phân vẹo vách ngăn thành 2 loại: đơn giản (vách ngăn chỉ lệch qua 1 bên hoặc gai vách ngăn hoặc mào vách ngăn) và phức tạp (vách ngăn cong chữ S)^[1].

Về triệu chứng nghẹt mũi, chúng tôi thu thập và ghi nhận than phiền của người bệnh trước và sau phẫu thuật (48 giờ). Theo phân độ nghẹt mũi VAS ^[5], chúng tôi chia nghẹt mũi trước phẫu thuật như sau: Độ 0: không nghẹt mũi

Độ 1: nghẹt mũi không thường xuyên trong ngày

Độ 2: nghẹt mũi thường xuyên trong ngày

Độ 3: nghẹt kín mũi không thở được.

và sau phẫu thuật chỉ có không nghẹt mũi và có nghẹt mũi

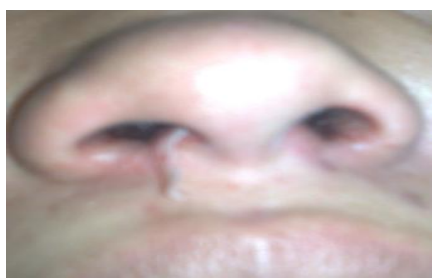
Để đánh giá tự máu của vách ngăn trước và sau phẫu vách ngăn giữa 2 nhóm, chúng tôi đo khoảng cách hốc mũi tại 2 vị trí. Vị trí 1 (sàn hốc mũi trước) từ vách ngăn đến thành ngoài hốc mũi tương ứng đầu cuộn mũi dưới. Vị trí 2 (sàn hốc mũi sau) từ vách ngăn đến thành ngoài hốc mũi tương ứng đuôi cuộn mũi dưới. Quan sát dưới ống nội soi 0⁰, chúng tôi dùng ống hút với 3 kích thước khác nhau đường kính 4mm, 3mm, 2mm để đánh giá độ rộng (đơn vị mm) của hốc mũi. Qua đó tính khoảng cách chênh tương ứng với 2 vị trí đó.

KC chênh 1= Khoảng cách sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật ở vị trí 1.

KC chênh 2= Khoảng cách sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật ở vị trí 2.

Tất cả người bệnh đều được đặt thuốc co mạch (Rhinex 0,05%) trước khi đo.

Phẫu thuật vách ngăn theo phương pháp kinh điển ở cả 2 nhóm. Kỹ thuật khâu ép niêm mạc vách ngăn của chúng tôi gồm 4 mũi khâu rời ^[2]. Sau khâu ép vách ngăn chúng tôi đều dùng ống hút hút sạch máu còn đọng lại trong vách ngăn.



Phân tích số liệu:

Các biến định lượng được mô tả bằng trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Biến định tính được mô tả bằng tỉ lệ. Dùng phép T Student để phân tích các biến số liên tục và phép kiểm Chi bình phương cho biến phân loại. Hiệu chỉnh yếu tố gây nhiễu bằng phân tích hồi qui logistic để so sánh giữa 2 phương pháp phẫu thuật với các biến phụ thuộc dựa vào tỉ suất chênh với khoảng tin cậy 95% và sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0.05$. Sử dụng SPSS 16.0 để phân tích số liệu.

KẾT QUẢ:

Từ tháng 6/2010 đến tháng 6/2011, có 94 người bệnh phẫu thuật vách ngăn đơn thuần có khâu ép vách ngăn trong đó 47 ca có đặt penrose dẫn lưu và 47 ca không đặt dẫn lưu. Các yếu tố tuổi, giới, phân loại vẹo vách ngăn, nghẹt mũi trước phẫu thuật được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng giữa 2 phương pháp:

	Không đặt penrose dẫn lưu (n=47)	Đặt penrose dẫn lưu (n=47)	P
Tuổi	32 ± 11	31 ± 11	0,77
Giới			
Nam	25 (56%)	19 (43,2%)	0,30
Nữ	22 (44%)	28 (56,8%)	
Phân loại vẹo vách ngăn			
Đơn giản	22 (48,9%)	23 (51%)	0,83
Phức tạp	25 (51,1%)	24 (49%)	
Mức độ nghẹt mũi trước phẫu thuật:			
Độ 0	3 (6,4%)	4 (8,5%)	
1	10 (21,3%)	7 (14,9%)	0,40
2	23 (48,9%)	18 (38,3%)	
3	11 (23,4%)	18 (38,3%)	

Khoảng cách chênh sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật tại 2 vị trí đầu (KC chênh 1) và đuôi cuốn mũi dưới (KC cách chênh 2), và nghẹt mũi sau phẫu thuật giữa 2 phương pháp trình bày ở bảng 2.

Bảng 2: Kết quả khoảng cách chênh trung bình và nghẹt mũi sau phẫu thuật giữa 2 nhóm

	Không đặt penrose dẫn lưu (n=47)	Đặt penrose dẫn lưu (n=47)	t	P
Nghẹt mũi sau PT:				
- Không	18 (38,3%)	39 (83%)		0,00
- Có	29 (61,7%)	8 (17%)		
KC chênh 1	3,43 ± 0,54	3,89 ± 0,73	-3,53	0,01
KC chênh 2	1,32 ± 1,4	3 ± 1,1	-6,3	0,00

Như vậy, khoảng cách chênh trung bình sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật của 2 phương pháp tại 2 vị trí có sự khác biệt. Dùng mô hình hồi qui logistic, sau khi hiệu chỉnh yếu tố nghẹt mũi sau phẫu thuật có kết quả như sau:

Bảng 3: Đánh giá khoảng cách chênh và nghệt mũi sau phẫu thuật giữa 2 phương pháp bằng mô hình hồi qui logistic

	OR (KTC 95%)	P
Nghệt mũi sau phẫu thuật	0,75 (0,19 – 2,9)	0,67
KC chênh 1	1,4 (0,6 – 3,2)	0,40
KC chênh 2	2,4 (1,3 – 4,2)	0,04

Như vậy, chỉ có khoảng cách chênh 2 có sự khác biệt giữa 2 phương pháp với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN:

Qua nghiên cứu bảng 1, chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình giữa 2 nhóm không khác biệt ($p = 0,77$). Trong 94 bệnh nhân vẹo vách ngăn, nam chiếm 44 (46,8 %) ít hơn nữ khác với các nghiên cứu trong nước ^[2] cũng như ngoài nước ^[4] nhưng tương tự nghiên cứu của Bijan^[7] ($p = 0,30$), và tình trạng vẹo vách ngăn không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p = 0,83$). Đa số bệnh nhân vào viện với tình trạng nghệt mũi liên tục và giữa 2 nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, tỉ lệ không nghệt mũi sau phẫu thuật ở nhóm đặt penrose (chiếm 83%) nhiều hơn so với nhóm không đặt penrose (38,3%) với $P = 0,000$.

Độ rộng của hốc mũi sau phẫu thuật vách ngăn có khâu ép niêm mạc vách ngăn so với trước phẫu thuật giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$) giữa 2 nhóm (bảng 2). Tuy nhiên, trong phân tích hồi qui logistic, sau khi hiệu chỉnh yếu tố nghệt mũi trước phẫu thuật (bảng 3) cho thấy chỉ còn khoảng cách chênh 2 có sự khác biệt có ý nghĩa với $P = 0,04$ (KTC 95% 1,3 – 4,2). Như vậy, khoảng cách sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật vách ngăn có đặt penrose dẫn lưu tại vị trí tương ứng đuôi cuốn mũi dưới rộng gấp 2,4 lần so với không đặt penrose. Điều này chứng tỏ vùng chân vách ngăn trong phương pháp phẫu thuật không đặt penrose dẫn lưu ngay vị trí tương ứng đuôi cuốn mũi dưới có tụ máu nhiều hơn. Các trường hợp tụ máu trong nghiên cứu của chúng tôi không cần xử trí gì. Theo ghi nhận của tác giả Kim Phong có 1 trường hợp tụ máu trong phẫu thuật vách ngăn có khâu ép không đặt penrose ^[2]

KẾT LUẬN:

Phẫu thuật vách ngăn có khâu ép niêm mạc vách ngăn là phương pháp cải tiến đã được ứng dụng trong những năm gần đây nhằm tạo sự thông thoáng mũi, cảm giác dễ chịu không đau đớn cho bệnh nhân. Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy với phương pháp phẫu thuật có đặt penrose dẫn lưu giúp hạn chế tình trạng tụ máu trong vách ngăn và sự thông thoáng mũi sau mổ cải thiện nhiều hơn.

Tài liệu tham khảo:

1. Võ Tấn, Sách Tai Mũi Họng thực hành tập 2, chương 4, trang 8, NXBYH 1982
2. Nguyễn Kim Phong, Phương pháp may cố định vách ngăn sau phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn – CKII 2002, Tạp chí y khoa TPHCM 2003.
3. Deborah Watson, MD, Septoplasty , <http://emedicine.medscape.com>. Mar 18, 2009.
4. Al-Raggad DK, El-Jundi AM, Al-Momani OS, Al-Serhan MM, Nawasrah OO, Qhawi MA, Husban AM. Suturing of the nasal septum after septoplasty, is it an effective alternative to nasal packing? Saudi Med J. 2007 Oct;28(10):1534-6
5. Bousquet PJ, Combescure C, Neukirch F, et al. Visual analog scales can assess the severity of rhinitis graded according to ARIA guidelines. Allergy. 2007, 62:367-72.
6. Awan MS, Iqbal M. Nasal packing after septoplasty: a randomized comparison of packing versus no packing in 88 patients. Ear Nose Throat J. 2008 Nov;87(11):624-7
7. Bijan Naghibzadeh¹, Ali Asghar Peyvandi¹, and Ghazal Naghibzadeh. Does Post Septoplasty Nasal Packing Reduce Complications? *Acta Medica Iranica*, Vol. 49, No. 1 (2011)