Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính và ảnh hưởng của góc lệch vách ngăn mũi lên thành bên ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính

Phan Thị Thanh Hương*, Nguyễn Thanh Thảo, Hoàng Trung Hiếu, Hoàng Ngọc Thành
Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Phan Thị Thanh Hương; Email: ptthuong@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài (Received): 10/6/2025; **Ngày duyệt đăng** (Accepted): 31/12/2025; **Ngày xuất bản** (Published): 25/3/2026
DOI:10.34071/jmp.2026.1.xxx

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Viêm mũi xoang mạn tính xảy ra do sự bất thường dẫn lưu chất nhầy của xoang vào phức hợp lỗ ngách. Lệch vách ngăn mũi làm rối loạn sinh lý mũi và cản trở sự lưu thông. Trong khi đó thành bên mũi đóng vai trò quan trọng trong cấu tạo của phức hợp lỗ ngách. Mối liên quan giữa lệch vách ngăn mũi và cấu trúc của thành bên cần thiết được đánh giá.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính và ảnh hưởng của góc lệch vách ngăn mũi lên thành bên ở người trưởng thành viêm mũi xoang mạn tính.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 180 bệnh nhân ≥ 18 tuổi viêm mũi xoang mạn tính có lệch vách ngăn mũi và được chụp cắt lớp vi tính hàm mặt tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 04/2022 đến 03/2024. Phân tích hình ảnh, đo góc lệch vách ngăn mũi trên mặt phẳng coronal và phân nhóm. Đánh giá các biến thể giải phẫu của thành bên, từ đó đưa ra mối liên quan.

Kết quả: Vách ngăn mũi lệch nhiều hơn về phía bên trái (57,8%) và tỷ lệ gai mũi khá cao (43,3%). Góc lệch trung bình là 9,27° ± 2,96. Nhóm II (6° đến 9°) chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,3%. Biến thể giải phẫu của thành bên có tần suất khá cao và phân bố khá đều ở cả hai bên. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự tăng góc lệch vách ngăn mũi với tắc phức hợp lỗ ngách và các biến thể giải phẫu của thành bên. Biến thể giải phẫu được tìm thấy nhiều hơn ở thành đối bên với bên vách ngăn mũi bị lệch, trong đó có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lệch vách ngăn mũi và phì đại cuốn mũi dưới đối bên.

Kết luận: Đa số các bệnh nhân có lệch vách ngăn mũi ở mức nhẹ - trung bình. Lệch vách ngăn mũi tăng làm biến đổi cấu trúc của thành bên thông qua việc bù trừ hoặc xuất hiện các biến thể giải phẫu.

Từ khóa: *viêm mũi xoang mạn tính, cắt lớp vi tính, lệch vách ngăn mũi, góc lệch, thành bên mũi.*

Computed tomography characteristics and the impact of nasal septal deviation angle on the lateral nasal wall in chronic rhinosinusitis patients

Phan Thi Thanh Huong*, Nguyen Thanh Thao, Hoang Trung Hieu, Hoang Ngoc Thanh
Department of Diagnostic Imaging, Hue University of Medicine and Pharmacy

Abstract

Background: Chronic sinusitis occurs due to abnormalities in the mucociliary clearance of the sinuses into the ostiomeatal complex. A deviated nasal septum disrupts nasal physiology and obstructs airflow. Meanwhile, the lateral nasal wall is crucial in the anatomy of the ostiomeatal complex. The correlation between the deviated septum and the lateral wall structure must be assessed.

Objectives: To describe the computed tomography imaging characteristics and the influence of nasal septal deviation angle on the lateral wall in adults with chronic rhinosinusitis.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 180 patients aged 18 and above with chronic rhinosinusitis and deviated nasal septum who underwent maxillofacial computed tomography at Hue University of Medicine and Pharmacy from April 2022 to March 2024. Image analysis was performed to measure the deviation angle of the nasal septum on the coronal plane and group patients accordingly. The anatomical variations of the lateral nasal wall were assessed, and correlations were drawn.

Results: The nasal septum deviated more to the left side (57.8%), with a high prevalence of bony septal spurs (43.3%). The mean deviation angle was 9.27° ± 2.96. The group with a moderate deviation angle (6° to 9°) accounted for the highest proportion, at 53.3%. Anatomical variations of the lateral nasal wall were frequent and distributed evenly on both sides. A statistically significant correlation existed between increasing nasal septum

deviation angle and ostiomeatal complex obstruction and lateral nasal wall anatomical variations. Anatomical variations were more frequently found on the side opposite the deviated nasal septum, and there was a statistically significant correlation between increasing nasal septum deviation angle and hypertrophied inferior turbinate contralateral. **Conclusion:** Most patients had mild to moderate nasal septal deviation. Increased nasal septal deviation angle altered the structure of the lateral nasal wall through compensatory changes or the development of anatomical variations.

Keywords: *Chronic rhinosinusitis, CT scan, nasal septal deviation, septal angle, lateral nasal wall.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT) là bệnh lý được đặc trưng bởi tình trạng viêm niêm mạc ở khoang mũi và các xoang cạnh mũi, làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Theo EPOS 2020, VMXMT ảnh hưởng đến 5 - 12% dân số nói chung [1].

Vách ngăn mũi (VNM) là một cấu trúc giải phẫu có vai trò quan trọng trong cấu tạo mũi [2, 3]. Lệch VNM là sự lệch của xương hoặc sụn vách ngăn (hoặc cả hai) ra khỏi đường giữa của khuôn mặt [4]. Lệch VNM có thể bẩm sinh hoặc mắc phải, do chấn thương thứ phát trong tử cung, khi sinh hoặc trong cuộc đời [2, 3, 5]. Lệch VNM làm rối loạn sinh lý mũi, thay đổi luồng không khí đi vào trong khoang mũi, cản trở sự lưu thông qua phức hợp lỗ ngách, ảnh hưởng đến quá trình thanh thải chất nhầy, gây ra nhiều triệu chứng mũi xoang và góp phần dẫn đến VMXMT [2, 3, 5]. Lệch VNM mức độ nhẹ không gây ra triệu chứng nhưng khi nặng có thể dẫn đến các biểu hiện tắc nghẽn [5]. Cắt lớp vi tính (CLVT) là kỹ thuật hình ảnh được lựa chọn để nghiên cứu vùng mũi xoang cũng như VNM vì vừa giúp phân tích các cấu trúc giải phẫu và vừa giúp đánh giá mức độ bệnh lý [3, 6]. Viêm xoang xảy ra do bất thường trong quá trình dẫn lưu chất nhầy của xoang vào phức hợp lỗ ngách. Các biến thể giải phẫu ở vùng này trong đó có các cấu trúc của thành bên mũi gây tắc nghẽn, ảnh hưởng đến quá trình làm sạch chất nhầy của xoang, đây là yếu tố quan trọng gây ra viêm xoang [7]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh mối liên hệ giữa lệch VNM và VMXMT [8]. Tuy nhiên mối liên quan và ảnh hưởng của góc lệch VNM lên các cấu trúc giải phẫu ở thành bên mũi vẫn chưa được quan tâm. Nghiên cứu về vấn đề này sẽ hữu ích trong việc đánh giá bệnh học cũng như cung cấp thông tin về giải phẫu cho các phẫu thuật viên. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của lệch vách ngăn mũi ở người trưởng thành viêm mũi xoang mạn tính và khảo sát ảnh hưởng của góc lệch vách ngăn mũi lên thành bên mũi trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

180 bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán VMXMT và có chỉ định chụp phim CLVT hàm mặt tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 04/2022 đến tháng 03/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán VMXMT theo EPOS 2020.
- Bệnh nhân có chẩn đoán lệch VNM qua khám lâm sàng hoặc nội soi mũi.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt.
- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng mũi xoang.
- Bệnh nhân có khối u hay polyp vùng mũi xoang.
- Bệnh nhân có tổn thương gây tiêu xương, biến dạng các cấu trúc giải phẫu vùng mũi xoang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện, ngẫu nhiên, không xác suất.

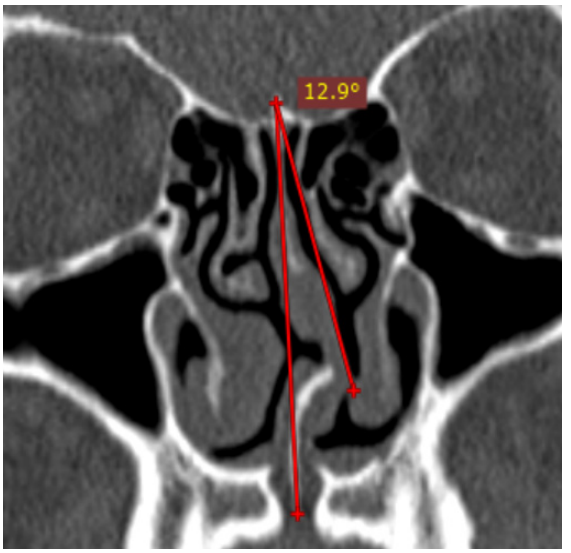
Đặc điểm hình ảnh CLVT của lệch VNM được đánh giá bằng cách xác định và đo góc lệch VNM. Góc lệch VNM được đo trực tiếp trên CLVT ở mặt phẳng coronal tại lát cắt thể hiện mức lệch lớn nhất. Đường giữa được xác định là đường thẳng nối điểm bám phía trên của vách ngăn tại mào gà xương sàng và điểm bám phía dưới tại gai mũi trước. Trên cùng lát cắt, xác định đỉnh lệch của VNM và đo góc giữa đường giữa và đường đi qua đỉnh lệch VNM. Tất cả phép đo được thực hiện bằng công cụ đo góc tích hợp trên hệ thống PACS. [2, 3, 6]. Hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh (có chứng chỉ hành nghề và > 3 năm kinh nghiệm) tiến hành đo độc lập theo các bước trên, mỗi bác sĩ đo 2 lần cho mỗi ca và làm mù kết quả lần đo trước. Với mỗi ca bệnh, kết quả của từng bác sĩ được tính bằng trung bình 2 lần đo.

Độ tin cậy của phép đo được đánh giá bằng hệ số tương quan nội nhóm (Intraclass Correlation Coefficient - ICC) với mô hình two-way mixed-effects, tiêu chí absolute agreement. Độ tin cậy đo lặp trong cùng người đo (intra-observer reliability) được tính bằng ICC(3,1) giữa hai lần đo của mỗi bác sĩ. Độ tin cậy giữa hai người đo (inter-observer reliability) được tính bằng ICC(3,2) dựa trên giá trị trung bình của hai lần đo của mỗi bác sĩ. ICC được báo cáo kèm khoảng tin cậy 95% (95% CI). Mức độ tin cậy được phân loại: ICC < 0,50 kém; 0,50 - 0,75 trung bình;

0,75 - 0,90 tốt; > 0,90 rất tốt.

Góc lệch VNM được phân thành 4 nhóm [9], [10] tùy theo góc lệch:

- Nhóm I (bình thường): góc lệch VNM nhỏ hơn hoặc bằng 5°.
- Nhóm II (nhẹ): góc lệch VNM từ 6° đến 9°.
- Nhóm III (vừa): góc lệch VNM từ 10° đến 14°.
- Nhóm IV (nặng): góc lệch VNM lớn hơn hoặc bằng 15°.



Hình 1. Cách đo góc lệch vách ngăn mũi trên mặt phẳng coronal trên CLVT

Ảnh hưởng của góc lệch VNM lên thành bên mũi được đánh giá qua mối liên quan giữa các nhóm góc lệch với tắc phức hợp lỗ ngách, các biến thể giải phẫu của thành bên mũi được ghi nhận trong quá trình phân tích hình ảnh như:

– Concha bullosa (khí hóa cuốn mũi giữa)
– Cuốn mũi giữa cong ngược
– Phì đại cuốn mũi dưới
– Bóng sàng lớn (tế bào sàng > 1 cm)
– Tế bào Haller (các tế bào sàng phát triển về phía sàn của ổ mắt, liền kề và phía trên xoang hàm).

2.3. Phương tiện nghiên cứu

CLVT hàm mặt được thực hiện bằng máy CLVT Somatom Scope 16 lát của hãng Siemens tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. Các lát cắt có độ dày 3 mm được thu theo hướng đầu - chân, từ điểm cao nhất của xoang trán đến phần thấp nhất của xoang hàm, hình ảnh được tái tạo MPR (đa mặt phẳng) với độ dày là 0,6 mm.

Máy vi tính, hệ thống PACS để xử lý hình ảnh.

Hồ sơ bệnh án giấy, điện tử (Hsoft).

2.4. Xử lý số liệu

Nhập số liệu và phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các phép kiểm định Chi - Square để so sánh với độ tin cậy 95%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua, mã số giấy chấp thuận H2023/02.

3. KẾT QUẢ

180 bệnh nhân VMXMT có lệch VNM trong độ tuổi từ 18 đến 79 tuổi được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 38,93 ± 15,14 tuổi. Nhóm tuổi 18-30 chiếm tỉ lệ cao nhất với 35,6%.

Tỉ lệ nam là 67,8%, tỉ lệ nữ là 32,2% (2,1/1).

3.1. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của lệch VNM

VNM lệch về phía bên trái nhiều hơn bên phải với tỷ lệ là 57,8%.

Độ tin cậy đo lặp của bác sĩ 1 giữa hai lần đo đạt ICC(3,1) = 0,907 (95% CI: 0,880 - 0,928) và của bác sĩ 2 đạt ICC(3,1) = 0,936 (95% CI: 0,916 - 0,950), cho thấy độ tin cậy đo lặp tốt đến rất tốt. Độ tin cậy giữa hai bác sĩ dựa trên giá trị trung bình của hai lần đo đạt ICC(3,2) = 0,970 (95% CI: 0,961–0,977), chứng tỏ độ tin cậy giữa người đo rất tốt. Vì vậy chúng tôi lấy góc lệch VNM của từng bệnh nhân là trung bình kết quả đo được của 2 Bác sĩ.

Góc lệch VNM phân bố từ 4° đến 17° với độ lệch VNM trung bình là 9,27° ± 2,96.

Tỷ lệ bệnh nhân có gai mũi kèm theo 43,3%.

Bảng 1. Phân bố của các nhóm lệch VNM

Nhóm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
I	11	6,1
II	96	53,3
III	65	36,1
IV	8	4,4
Tổng	**180**	**100**

Trong các nhóm góc lệch VNM, nhóm II (6° đến 9°) chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,3%, sau đó đến nhóm III (10 - 14°) với 36,1%.

3.2. Ảnh hưởng của góc lệch VNM lên thành bên mũi

Bảng 2. Tỷ lệ các biến thể giải phẫu của thành bên mũi

Biến thể	Hiện diện		Phải		Trái		Hai bên	
	n	(%)	N	%	N	%	N	%
Tắc phức hợp lỗ ngách	35	19,4	14	40	10	28,6	11	31,4
Concha bullosa	47	26,1	18	38,3	11	23,4	18	38,3
Cuốn mũi giữa cong ngược	17	9,4	9	52,9	6	35,3	2	11,8
Phì đại cuốn mũi dưới	49	27,2	16	32,6	21	42,9	12	24,5
Bóng sàng lớn	51	28,3	20	39,2	11	21,6	20	39,2
Tế bào Haller	68	37,8	10	14,7	13	19,1	45	66,2

Tế bào Haller, bóng sàng lớn, phì đại cuốn mũi giữa và concha bullosa có tần suất khá cao trong nghiên cứu của chúng tôi.

Các biến thể giải phẫu có sự phân bố khá đều ở cả hai bên.

Bảng 3. Mối liên quan giữa nhóm lệch VNM với tắc phức hợp lỗ ngách và các biến thể giải phẫu của thành bên mũi

	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Nhóm IV	p
Tắc phức hợp lỗ ngách	0	8	19	8	**< 0,05**
Concha bullosa	2	12	28	5	
Cuốn mũi giữa cong ngược	0	3	12	2	
Phì đại cuốn mũi dưới	2	15	27	5	
Bóng sàng lớn	2	19	25	5	
Tế bào Haller	2	34	28	3	> 0,05

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tự tăng của góc lệch VNM với tắc phức hợp lỗ ngách và các biến thể giải phẫu của thành bên mũi (p < 0,05), ngoại trừ tế bào Haller.

Bảng 4. Mối liên quan giữa các biến thể giải phẫu của thành bên mũi so với bên lệch của VNM

	Nhóm I			Nhóm II			Nhóm III			Nhóm IV		
	CB	ĐB	p	CB	ĐB	p	CB	ĐB	p	CB	ĐB	p
Tắc phức hợp lỗ ngách	0	0		3	7		8	16		4	8	
Concha bullosa	2	2		8	8		15	22		2	5	
Cuốn mũi giữa cong ngược	0	0	> 0,05	0	3	> 0,05	4	9	> 0,05	0	2	> 0,05
Bóng sàng lớn	2	1		11	10		14	21		2	5	
Tế bào Haller	2	2		25	32		21	27		0	3	
Phì đại cuốn mũi dưới	2	2		6	16	**< 0,05**	4	27	**< 0,05**	0	5	**< 0,05**

CB: Cùng bên**, ĐB:** Đối bên

Tỷ lệ tắc phức hợp lỗ ngách ở đối bên cao hơn tắc phức hợp lỗ ngách cùng bên với bên lệch VNM, nhưng không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Tỷ lệ phì đại cuốn mũi dưới đối bên có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) với sự gia tăng nhóm góc lệch VNM.

Có sự gia tăng của các biến thể giải phẫu của thành bên mũi còn lại ở đối bên với bên lệch VNM ở các nhóm, nhưng không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

Viêm xoang mạn tính gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới, với nhóm tuổi 18-30 chiếm tỉ lệ cao nhất là 35,6%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Nguyện [9] và Shruti [11].

Đặc điểm hình ảnh CLVT của lệch VNM

Trong nghiên cứu của chúng tôi, VNM có tỷ lệ lệch sang trái nhiều hơn (57,8%), kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Periyasamy [3, Cellina [5], Shruti [11] và Bagri [12]. Góc lệch VNM trung

bình trong nghiên cứu này là 9,27° ± 2,96, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Nguyện [9] là 10,49° ± 3,96, nghiên cứu của Shruti [11] là 12,92° và nghiên cứu của Nikkerdar [13] là 13.97° ± 4.92.

Tỷ lệ bệnh nhân có gai mũi kèm theo khá cao với 43,3%. Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Cellina [5] là 39% và nghiên cứu của Bagri [12] là 29%. Gai mũi kèm theo làm tăng góc lệch VNM, nó có mối liên quan với thiểu sản cuốn mũi giữa và lỗ thông phụ xoang hàm [5].

Trong sự phân bố của các nhóm lệch VNM, nhóm II (6° đến 9°) chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,3%, sau đó đến nhóm III (10 - 14°) với 36,1%. Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của các tác giả Periyasamy (3) (5-10° là 76,7%), Poorey (6) (6 - 10° là 38%), Nguyễn Nguyện [9] (nhóm < 9° là 51,3%), Bagri [12] (7,1 - 11° là 29%) và Shruti [11] nhóm 7 - 12° là 52%,. Trong khi đó lại có sự khác biệt với các nghiên cứu của các tác giả khác như Mundra [2] với nhóm 10 - 15° và > 15° có tỷ lệ ngang bằng nhau là 39,34% và Nikkerdar [13] nhóm 10 - 15° là 42,9% và nhóm > 15° là 40,8%. Tuy nhiên, nhìn chung, nhóm góc lệch VNM với mức độ nhẹ đến trung bình thường chiếm đa số trong các nghiên cứu.

Ảnh hưởng của góc lệch VNM lên thành bên mũi

Các biến thể giải phẫu của thành bên ở bệnh nhân lệch VNM được tìm thấy với tỷ lệ khá cao trong nghiên cứu của chúng tôi, trong đó tế bào Haller có tần suất cao nhất là 37,8%, sau đó đến bóng sàng lớn với 28,3%. Trong nghiên cứu Shruti [11] concha bullosa là biến thể hay gặp nhất với tỷ lệ là 32%.

Chúng tôi tìm thấy được mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa lệch VNM với tắc phức hợp lỗ ngách và các biến thể giải phẫu của thành bên mũi như concha bullosa, cuốn mũi giữa cong ngược, phì đại cuốn mũi giữa và bóng sàng lớn. Điều này được hiểu là khi góc lệch VNM càng tăng thì tỷ lệ tắc phức hợp lỗ ngách và tỷ lệ phát hiện các biến thể thành bên càng cao. Mối liên quan giữa sự tăng lên của góc lệch VNM với bệnh xoang hai bên, cuốn mũi giữa cong ngược và bóng sàng lớn cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Porey [6]. Tác giả Mundra [2] nhận định mối liên quan chặt chẽ giữa góc lệch VNM ngày càng tăng với sự ảnh hưởng đến các bất thường của phức hợp lỗ ngách, bệnh xoang hai bên, bất thường của cuốn mũi giữa và bóng sàng lớn. Trong khi nghiên cứu của Shruti [11] cho thấy tỷ lệ biến thể của mỏm móc tăng lên ở các nhóm góc lệch VNM cao nhưng cần một kích thước mẫu lớn hơn để chứng minh ý nghĩa thống kê. Những thay đổi về giải phẫu của thành bên mũi là thứ phát sau lệch VNM vì các biến thể giải phẫu ở thành bên thường tương ứng với mức độ của lệch của VNM [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các biến thể giải phẫu của thành bên mũi được tìm thấy nhiều hơn ở thành đối diện với phía VNM bị lệch hơn là cùng bên ở các nhóm góc lệch cao. Chúng tôi tìm thấy được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lệch VNM và phì đại cuốn mũi dưới đối bên. Tần suất của các biến thể giải phẫu của thành bên mũi ở hướng ngược với hướng lệch VNM tăng lên ở các nhóm lệch VNM cao cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Mundra [2], Periyasamy [3] và Bagri [12] Lệch VNM gây ra tình trạng phì đại bù trừ của cuốn mũi dưới và biến thể concha bullosa của cuốn mũi giữa ở bên đối diện, do đó làm tình trạng tắc nghẽn trở nên trầm trọng hơn hoặc dẫn đến thiểu sản các cuốn mũi cùng bên [5].

Tỷ lệ tắc phức hợp lỗ ngách ở đối bên cũng cao hơn tắc phức hợp lỗ ngách cùng bên với bên lệch VNM. Điều này được thấy trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như nghiên cứu của các tác giả khác như Porey [6] và Mundra [2]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Shruti [11] lại không tìm thấy được mối liên quan này. Những thay đổi về giải phẫu như phì đại, lệch và khí hóa các cấu trúc giải phẫu có thể ảnh hưởng đến hệ thống dẫn lưu, gây ra những bất thường của phức hợp lỗ ngách, dẫn đến tắc nghẽn, đó cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến VMXMT [3]. Lệch VNM gây ảnh hưởng đến sự lưu thông của không khí trong khoang mũi, góc lệch VNM cao làm biến đổi cấu trúc của thành bên mũi thông qua bù trù hay xuất hiện của các biến thể giải phẫu, từ đó gây ra tình trạng tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách dẫn đến viêm xoang. Vì vậy cần có kế hoạch đánh giá và điều trị ở các bệnh nhân VMXMT có lệch VNM, đặc biệt là ở nhóm đối tượng có góc lệch cao để giải phóng các yếu tố gây tắc nghẽn đường dẫn lưu. Điều này giúp cải thiện tình trạng viêm xoang tái phát và nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân VMXMT.

5. KẾT LUẬN

Đa số các bệnh nhân có lệch VNM ở mức nhẹ - trung bình. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự tăng góc lệch VNM với tắc phức hợp lỗ ngách và các biến thể giải phẫu của thành bên mũi. Các biến thể giải phẫu được tìm thấy nhiều hơn ở thành đối bên với bên VNM bị lệch.

PHỤ LỤC HÌNH ẢNH

Hình 2. Bệnh nhân nữ 21 tuổi, lệch vách ngăn mũi sang trái với góc lệch là 14°, xếp loại nhóm III, không có gai mũi kèm theo. Tìm thấy các biến thể của thành bên mũi như cuốn mũi cong ngược, tế bào Haller, phì đại cuốn mũi dưới và bóng sàng lớn bên phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fokkens W.J. et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps, *Rhinology*, 2020, 58, pp.1-32, 115-153.

2. Mundra R. K., Gupta, Yamini, SINHA, Richi, et al. CT scan study of influence of septal angle deviation on lateral nasal wall in patients of chronic rhinosinusitis. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 2014, vol. 66, p. 187-190.

3. Periyasamy Vinodhini, Bhat Shivarama, et Sree Ram M. N., Classification of naso septal deviation angle and its clinical implications: a CT scan imaging study of Palakkad Population, India. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 2019, vol. 71, no Suppl 3, p. 2004-2010.

4. Taghiloo Hamid et Halimi Zohreh. The frequencies of different types of nasal septum deviation and their effect on increasing the thickness of maxillary sinus mucosa. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects*, 2019, vol. 13, no 3, p. 208.

5. Cellina Michaela, Gibelli Daniele, Cappella Annalisa, *et al.* Nasal cavities and the nasal septum: Anatomical variants and assessment of features with computed tomography. *The Neuroradiology Journal*, 2020, vol. 33, no 4, p. 340-347.

6. Poorey V. K. et Gupta Neha. Endoscopic and computed tomographic evaluation of influence of nasal septal deviation on lateral wall of nose and its relation to sinus diseases. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 2014, vol. 66, p. 330-335.

7. Papadopoulou Anna-Maria, Chrysikos Dimosthenis, Samolis Alexandros, *et al.* Anatomical variations of the nasal cavities and paranasal sinuses: a systematic review. *Cureus*, 2021, vol. 13, no 1.

8. Orlandi Richard R. A systematic analysis of septal deviation associated with rhinosinusitis. *The Laryngoscope*, 2010, vol. 120, no 8, p. 1687-1695.

9. Nguyễn Nguyện, Trịnh Lê Nam Phương, Trần Hữu Anh Tú. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn có khâu Quilting bằng chỉ số NOSE, SNOT-22 và chức năng tế bào lông chuyển. *Tạp chí Y Dược Huế, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế*, 2024, số 3, tập 14, tr.103-108.

10. Onerci Altunay Z. and Onerci T. M. (2021), "The Relationship of High Septal Deviation, the Depth of Olfactory Fossa, and Gera Angle: Is High Septal Deviation Associated With Any Anatomic Abnormalities in the Anterior Skull Base?", *Ear Nose Throat J.* 100(10), pp. 710-712.

11. Deviation, symptomatic septal. symptomatic septal deviation: its nasal endoscopy and computed tomography-aided correlation with chronic rhinosinusitis. *Otorhinolaryngol clin*, 2017, vol. 9, no 2, p. 47-51.

12. Bagri Neha, Kavirajan K., Chandra Ranjan, *et al.* Nasal septal angle deviation: Effect on lateral wall in nasal obstruction. *Int j res med sci*, 2019, vol. 7, no 01, p. 90-95.

13. Nikkerdar Nafiseh, Karimi Atena, Bazmayoon Fatemeh, *et al.* Comparison of the type and severity of nasal septal deviation between chronic rhinosinusitis patients undergoing functional endoscopic sinus surgery and controls. *International journal of dentistry*, 2022, vol. 2022, no 1, p. 2925279.