

POLYP MŨI

1. ĐỊNH NGHĨA

Polyp mũi xảy ra khi lớp niêm mạc lót các xoang mũi phù nề nhiều, làm tắc nghẽn các xoang ở mức độ nào đó. Polyp thường khởi phát quanh phức hợp lỗ thông xoang nhưng cũng có thể tìm thấy ở khắp toàn bộ xoang mũi.

2. NGUYÊN NHÂN

Polyp mũi thường đi kèm với dị ứng, đôi khi với hen suyễn, dị ứng aspirin, bệnh xơ hóa nang, AFS và Churg-Strauss.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Cơ năng

- Nghẹt mũi.
- Chảy mũi.
- Mất mùi, giảm vị giác.
- Chảy nước mũi sau.
- Nhiễm khuẩn thứ phát khi polyp làm tắc nghẽn lỗ thông xoang.

3.1.2. Thực thể

- Những polyp lớn có thể thấy ngay từ cửa mũi và phân biệt với quá phát cuốn dưới bằng độ nhạy cảm, màu sắc xám vàng và khả năng len giữa polyp và thành bên mũi.
- Polyp mũi nhỏ chỉ có thể thấy qua nội soi mũi.
- Polyp mũi một bên có thể là dấu hiệu của bệnh lý ác tính và cần phải sinh thiết để xác định chẩn đoán và loại trừ bệnh lý khác.
- Trẻ em bị polyp mũi cần làm thêm xét nghiệm để chẩn đoán bệnh xơ hóa nang (cystic fibrosis).

3.2. Cận lâm sàng

- Phim X quang thông thường (Blondeau, Hirtz) cho hình ảnh không rõ
 - + Hình mờ đều hoặc không đều các xoang và hốc mũi.
 - + Hình ảnh polyp trong xoang.
- Phim CT Scan: cho hình ảnh:
 - + Hình ảnh polyp mũi xoang kèm mờ các xoang, có thể mờ đều hoặc không đều.
 - + Các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuộn giữa, cuộn giữa đảo chiều,...
 - + Hệ thống phân độ Lund Mackay

Giai đoạn	Mô tả
0	Niêm mạc bình thường hoặc dày < 2mm
I	Bệnh lý một bên mũi
II	Bệnh lý hai bên, giới hạn ở xoang sàng và xoang hàm
III	Bệnh lý hai bên, có ảnh hưởng đến xoang trán hoặc xoang bướm
IV	Polyp chiếm toàn bộ xoang

- MRI:
 - + Cho phép phân biệt polyp với các tổn thương do tắc lỗ thông mũi xoang (dày niêm mạc, dịch trong xoang).

3.3. Tiếp cận chẩn đoán

Kết quả mô bệnh học giúp xác định chẩn đoán.

3.4. Thể lâm sàng

Polyp mũi được phân thành 3 loại: nhiều bạch cầu ái toan, nhiễm trùng, hoặc do nguyên nhân khác. Polyp BC ái toan chiếm ưu thế ở UK, và mặc dù thử nghiệm dị ứng da thường âm tính, polyp thường chứa IgE tại chỗ đa dòng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa

Tất cả bệnh nhân nên điều trị thử bằng nội khoa trước khi phẫu thuật, trừ khi nghi ngờ bản chất của polyp hoặc polyp che lấp hoàn toàn hốc mũi.

Corticosteroid tại chỗ

- Steroid xịt mũi tại chỗ được chỉ định để điều trị lâu dài CRS kèm polyp mũi, có hiệu quả ngay cả trước và sau phẫu thuật.
- Có 3 dạng: xịt, nhỏ với tư thế đầu cúi xuống ra trước, rửa mũi.
- Hai dạng đều hiệu quả như nhau trong giảm triệu chứng: nghẹt mũi, chảy nước mũi, hắt hơi. Nhưng dạng nhỏ có hiệu quả hơn trong giảm mất mùi.
- Tác dụng phụ của xịt mũi: chảy máu mũi.
- Ít tác dụng sinh học toàn thân.
- Hiện nay, rửa mũi với nước muối pha với corticoid chứng tỏ có tác dụng lên polyp ở những vị trí sâu trong xoang.
- Nếu không đáp ứng thuốc trong vòng 3 tháng, có thể thử corticosteroid đường uống ngắn hạn.

Corticosteroid toàn thân

- Prednisolone 0,5mg/kg mỗi buổi sáng trong 5 - 10 ngày.
- Có nhiều tác dụng phụ, đặc biệt phụ nữ trung niên vì gây ảnh hưởng đến chuyển hóa xương.
- Chống chỉ định (ngay cả dùng ngắn hạn): đái tháo đường phụ thuộc insulin, glaucoma, tăng huyết áp, loét dạ dày.

Kháng sinh

- Kháng sinh tại chỗ đối với viêm mũi xoang mạn polyp mũi không được khuyến cáo, trừ trường hợp có kết hợp viêm xoang bội nhiễm.
- Kháng sinh uống chọn lọc (macrolid hay doxycycline): có thể có lợi vì tác dụng kháng viêm của nó.
- Thời gian sử dụng Macrolid: kéo dài từ 3 tháng trở lên để có thể cải thiện.

- Kháng sinh uống ngắn ngày (<2 tuần) có thể sử dụng ngay sau mổ nếu trong lúc mổ có thấy mũ trong xoang.

Các thuốc khác

- Rửa mũi bằng nước muối ưu trương/đẳng trương: có tác dụng đối với viêm mũi xoang mạn tính, nhưng không có chứng cứ hiệu quả trên polyp.
- Thuốc co mạch: không có tác dụng trên viêm mũi xoang hay polyp, chỉ làm co mạch cuốn mũi dưới, tác dụng phụ của nó làm hạn chế việc sử dụng thường xuyên trên bệnh nhân.
- Thuốc kháng dị ứng (cetirizine 20 mg/ngày trong 3 tháng): giúp giảm hắt hơi, chảy mũi, nghẹt mũi khi được dùng sau phẫu thuật các polyp tái phát.
- Thuốc tan đàm: không có chứng cứ tác dụng.
- Thuốc lợi tiểu dạng hít (furosemide): giảm tái phát sau phẫu thuật, hiệu quả ngắn hạn trước phẫu thuật ngang với methylprednisolone uống.
- Thuốc kháng leukotrienes (montelukast): giúp giảm triệu chứng trên những bệnh nhân có dị ứng đi kèm.

CÁC THUỐC	LOẠI	Thuốc
Kháng sinh (dùng một trong các loại sau) Thường dùng trong 15 ngày		<ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillin + Acid Clavulanic: loại 625mg 1v x2 - 3 lần/ngày hay 1g/viên: 1v x 2 lần/ngày. - Amoxicilin + sulbactam: 1v x 2 - 3 lần/ngày. - Cefuroxim 500mg + Clavulanat 125mg: 1v x 2 lần/ngày. - Cephalosporin II, III: <ul style="list-style-type: none"> + Cephalosporin II: Cefaclor 0,5g 1v x 2 lần/ngày, Cefuroxim 0,5g 1v x 2 lần/ngày. + Cephalosporin III: Cefixim 0,2g 1v x 2 lần/ngày, Cefpodoxim 0,2g 1v x

	<p>2 lần/ngày, Cefdinir 0,3g 1v x 2 lần/ngày.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu dị ứng nhóm Penicilline: <ul style="list-style-type: none"> + Macrolid: Clarithromycin 500mg 1v x 2 lần/ngày, Azithromycine 0,5g/lần x 3 ngày. + Clindamycin 300mg * 2 - 3 lần/ngày. + Quinolone: Ciprofloxacin 0,5g x 2 lần/ngày, Levofloxacin 0,5g/ngày, Moxifloxacin 0,4g/ngày. - Khi có nhiễm kỵ khí: <ul style="list-style-type: none"> Metronidazol (uống hoặc TTM) 0,25g 2v x 2 lần/ngày, hoặc 500mg/100ml 1 lọ x 2 lần/ngày.
<p>Kháng viêm</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kháng viêm dạng men: <ul style="list-style-type: none"> Alphachymotrypsine: 2v x 3 lần/ngày - NSAID (kháng viêm non steroids): <ul style="list-style-type: none"> + Diclofenac: TB 75mg/2ml * 2 lần/ngày Hoặc 50mg 1v * 2 - 3 lần/ngày. + Ibuprofen 200mg: 1v * 2 - 3 lần/ngày (TE >6 tháng, và > 7kg dùng dạng siro liều: 5 - 10mg/kg * 2 - 3 lần/ngày). - Etodolac 200mg 1-2 lần/ngày, Loxoprofen 60 mg, Piroxicam 20mg 1 lần/ngày, Paracetamol + Ibuprofen, Talniflumate 370mg, Clonixin 125mg. - Corticoid: <ul style="list-style-type: none"> + Methyl Prednisolone 1 - 2 lọ/ngày trong 5-7 ngày. + Methyl Prednisolone 16mg 1-2 viên/ngày trong 5-7 ngày.

Kháng Histamine	Cetirizine 10mg 1v/ngày hoặc Loratadine 10mg. Hoặc Fexofenadine 60mg 1v x2 lần/ngày, hay Chlorpheniramin 4mg 1v x 1-2 lần/ngày, Lecocetirizine, Desloratidin 5mg 1v/ngày, Ebastin 10 mg.
Giảm đau	- Paracetamol 0,5g 1v x 2 lần/ngày trong 3ngày, hoặc Acetaminophen 325mg+ Tramadol 32,5mg. - Tramadol 32,5mg.
Rửa mũi, xịt mũi	- NaCL 0,9% hay ưu trương. - Budesonide xịt 2 lần/ngày * 2 nhát/lần. - Fluticasone furoat xịt 2 lần/ngày * 2 nhát/lần. → Xịt ít nhất 3 tháng liên tục.

4.2. Ngoại khoa

4.2.1. Nguyên tắc của điều trị phẫu thuật polyp

- Lựa chọn bệnh nhân đã được điều trị tối đa nội khoa mà vẫn còn triệu chứng; Bệnh nhân phải hiểu rõ sự cần thiết của việc theo dõi kéo dài sau mổ.
- Lựa chọn phương pháp gây mê thích hợp để tối ưu phẫu trường và hạn chế chảy máu tối đa.
- Xác định các cấu trúc giải phẫu quan trọng như xương giấy, động mạch sàng trước và nền sọ trên CT trước phẫu thuật.
- Sử dụng IGS khi cần xác định nền sọ, mảnh thủng xương sàng và xương giấy.
- Lấy polyp nhẹ nhàng không sang chấn và bảo tồn tối đa niêm mạc.
- Lấy bỏ xương viêm một cách cẩn thận.
- Điều trị nội khoa sau mổ để hạn chế tái phát.

4.2.2. Chuẩn bị trước mổ

- Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng: dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ → loại bỏ nhiễm trùng và giảm viêm niêm mạc.

- Corticoid uống: 20-40mg/ngày * 4-10 ngày → giảm kích thước polyp, ổn định niêm mạc bằng các giảm viêm tại chỗ, giảm khả năng chảy máu.
- Gây mê toàn thân: bằng đường tĩnh mạch với remifentanil và propofol → được khuyến cáo khi phẫu thuật polyp.
- Gây tê tại chỗ:
 - + Mèche tẩm thuốc co mạch 0,1% oxymetazoline đặt vào hốc mũi.
 - + Tiêm tại chỗ 1,5mL của 1% lidocaine pha với 1:100000 epinephrine.

4.2.3. Chăm sóc sau mổ

Theo dõi bệnh nhân ít nhất 5 năm sau mổ - thời gian trung bình thường tái phát nhất:

- Sau 1 tuần, 2 tuần, 3 tuần.
- Sau 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng, 6 tháng.
- Sau đó mỗi 1 năm.

5. PHÒNG BỆNH

Tránh nằm quạt máy, máy lạnh, đeo khẩu trang thường xuyên khi đi ra ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T. Metin Önerci, Berrylin J. Ferguson. *Nasal Polyposis – Pathogenesis, Medical and Surgical Treatment*, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010.
2. British Society for Allergy and Clinical Immunology (BSACI) Guideline. *Clinical & Experimental Allergy*, Volume 38, Issue 2, Version of Record online: 20 DEC 2007.