

avascular necrosis of femoral head in adults", National Journal of Clinical Orthopaedics. 3(2), tr. pp. 10-16.

7. **Rama Subba Reddy et al** (2018), "Study of clinical and functional outcome of total hip replacement in avascular necrosis of femoral

head", International Journal of Orthopaedics Sciences. 4(1), tr. pp. 252-258.

8. **H. L. Hoeksma và các cộng sự.** (2003), "Comparison of the responsiveness of the Harris Hip Score with generic measures for hip function in osteoarthritis of the hip", Ann Rheum Dis. 62(10), tr. 935-8.

## NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH MỔ LẤY THAI Ở SẢN PHỤ MANG THAI CON SO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH GIA LAI NĂM 2023

Tô Mai Chi<sup>1</sup>, Phạm Vĩnh Nghi<sup>1</sup>, Võ Hoàng Khánh<sup>1</sup>,  
Trần Trung Tính<sup>1</sup>, Trương Thị Ngọc Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Diễm Thuý<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát nguyên nhân và kết quả mổ lấy thai của sản phụ có con so tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả, sử dụng số liệu hồi cứu trên 146 sản phụ được mổ lấy thai khi đến sanh tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Gia Lai từ ngày 01/01/2023 đến ngày 31/12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ trai là 54,8% và trẻ gái là 45,2%. Phần lớn các trường hợp có ngôi thai là ngôi chòm, chiếm 90,4%. Tỷ lệ ngôi ngược là 9,6%. Đa số các trường hợp có tuổi thai từ 37 - 41 tuần, chiếm 57,5%. Có 4,8% trường hợp tuổi thai từ 32 - 36 tuần. Tỷ lệ trẻ đẻ non từ 28 - dưới 32 tuần là 3,4%. Tỷ lệ đẻ non dưới 28 tuần là 2,7%. Nguyên nhân chính là do thai, chiếm suy thai chiếm 68,49% các trường hợp và do phần phụ của thai chiếm 26,71%. Phần lớn các trường hợp mổ lấy thai (60,27%) có nhiều hơn 1 nguyên nhân. Đa số các trường hợp có cân nặng sơ sinh trong khoảng 2500g đến dưới 3500g, chiếm 76,7%. Có 9,6% trẻ sơ sinh cân nặng dưới 2500g và 13,7% trẻ cân nặng từ 3500g trở lên. Có 1,4% trường hợp bị ngạt (Apgar ≤ 3 điểm) vào phút thứ nhất sau sinh, về Apgar phút thứ 5 thì tất cả các trường hợp đều không ngạt (> 3 điểm), chiếm 100%. Không có trường hợp nào bị biến chứng và 100% bà mẹ có thời gian nằm viện dưới 7 ngày. **Kết luận:** Nguyên nhân phổ biến dẫn đến mổ lấy thai là do suy thai, có 1,4% trường hợp mổ lấy thai trẻ bị ngạt (Apgar ≤ 3 điểm) vào phút thứ nhất và sau 5 phút không còn trường hợp nào ngạt.

**Từ khóa:** Apgar, mổ lấy thai, sinh con so

### SUMMARY

#### CESAREAN SECTION IN NULLIPAROUS WOMEN AT GIA LAI HOSPITAL

**Objective:** To survey the causes and results of cesarean section in pregnant women with first children at Gia Lai Provincial General Hospital. **Research**

**methods:** The study used a descriptive design, using retrospective data on 146 pregnant women who had cesarean section upon delivery at Gia Lai Provincial General Hospital from January 1, 2023 to January 31, December 2023. **Results:** The proportion of boys was 54.8% and the proportion of girls was 45.2%. The majority of cases where the fetus is present are vertex presentation, accounting for 90.4%. The rate of breech presentation is 9.6%. The majority of cases have a gestational age of 37 - 41 weeks, accounting for 57.5%. There are 4.8% of cases with gestational age between 32 - 36 weeks. The rate of premature babies born between 28 and under 32 weeks is 3.4%. The rate of premature births under 28 weeks is 2.7%. The main cause is the fetus, accounting for fetal failure in 68.49% of cases and fetal appendages in 26.71%. The majority of cesarean sections (60.27%) have more than 1 cause. The majority of cases have a birth weight between 2500g and less than 3500g, accounting for 76.7%. There are 9.6% of newborns weighing less than 2500g and 13.7% of babies weighing 3500g or more. There were 1.4% of cases of asphyxia (Apgar ≤ 3 points) at the first minute after birth. At the 5th minute Apgar, all cases were not asphyxiated (> 3 points), accounting for 100%. There were no cases of complications. **Conclusion:** The common cause leading to cesarean section is fetal distress. In 1.4% of cases of cesarean section, the baby was asphyxiated (Apgar ≤ 3 points) in the first minute and after 5 minutes there were no more cases of asphyxiation. **Keywords:** Apgar, cesarean section, nulliparous women

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là phương pháp phẫu thuật lấy thai và phần phụ của thai ra khỏi tử cung qua đường rạch thành bụng và rạch tử cung. Tỷ lệ mổ lấy thai ở các nước trên thế giới tăng nhanh chóng trong khoảng 20 năm gần đây, đặc biệt ở các nước phát triển. Nghiên cứu của Begum T. và cộng sự (2017) tại Bangladesh cho tỷ lệ mổ lấy thai là 35,0% [1]. Nghiên cứu của tác giả Shu-guo DU và cộng sự là 55,46% [2]. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về mổ lấy thai, mỗi nghiên cứu cho tỷ lệ mổ lấy thai tương đối khác nhau. Nghiên cứu của Phạm Thị

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Tô Mai Chi

Email: tomaichi222@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024

Bé Lan (2019) cho tỷ lệ mổ lấy thai tại thành phố Trà Vinh, tỉnh Trà Vinh năm 2018 là 53,6% [3]. Tuy vậy, việc tăng tỷ lệ mổ lấy thai có liên quan đến các biến chứng nặng tới sức khỏe và tử vong của người mẹ và trẻ sơ sinh [4]. Một số biến chứng có thể gặp trong khi mổ như: tai biến do gây mê, rách tử cung, tổn thương bàng quang, niệu quản...; các biến chứng sau khi mổ như: nhiễm trùng vết mổ, huyết khối tĩnh mạch, dính ruột... cũng có thể có các biến chứng xa như thai làm tổ vết mổ cũ, nhau tiền đạo vết mổ cũ hay nứt vết mổ cũ trong lần mang thai tiếp theo. Trên thực tế chỉ định mổ lấy thai là một vấn đề vô cùng phức tạp, có các trường hợp phẫu thuật lấy thai vì có nhiều chỉ định mang tính chất tương đối. Do đó, để kiểm soát và đưa ra những chỉ định xử trí thích hợp ở sản phụ con so là việc thiết yếu, góp phần làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai nói chung và tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ cũ nói riêng. Cho đến nay chưa có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ chỉ định mổ lấy thai con so cũng như đánh giá kết quả mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Gia Lai. Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm Khảo sát nguyên nhân và kết quả mổ lấy thai của sản phụ có con so tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả, sử dụng số liệu hồi cứu.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai khi đến sanh tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Gia Lai từ ngày 01/01/2023 đến ngày 31/12/2023.

**2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023 tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Gia Lai

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Nghiên cứu tiến hành trên 146 sản phụ sinh con so được chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Gia Lai. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

**2.5. Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của sản phụ: tuổi, địa chỉ, dân tộc, tuổi thai

Nguyên nhân mổ lấy thai: do thai, phần phụ và nguyên nhân xã hội

Kết quả mổ lấy thai: ghi nhận điểm Apgar ở trẻ và biến chứng của mẹ (nhiễm trùng, chảy máu, đờ tử cung)

**2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.** Các số liệu được ghi nhận lại, nhập liệu và xử lý bằng chương trình SPSS 22.0.

**2.7. Ý đức.** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học & đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toàn. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho bệnh

nhân, thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm của bà mẹ**

**Bảng 1. Đặc điểm của mẹ**

Đặc điểm của mẹ		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dân tộc	Kinh	65	44,5
	Thiểu số	81	55,5
Nhóm tuổi mẹ	< 19 tuổi	2	1,4
	20 – 24 tuổi	77	52,7
	25 – 29 tuổi	8	5,5
	30 – 34 tuổi	12	8,2
	> 35 tuổi	1	0,7

**Nhận xét:** Tỷ lệ mẹ là người dân tộc thiểu số cao hơn người Kinh, lần lượt là 55,5% và 44,5%. Đa phần các trường hợp là mẹ trong độ tuổi từ 20-24 tuổi, chiếm 52,7%.

**Bảng 2. Đặc điểm của thai nhi**

Đặc điểm của thai		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ngôi thai	Ngôi chỏm	132	90,4
	Ngôi ngược	14	9,6
Tuổi thai	< 28 tuần	4	2,7
	28 - < 32 tuần	5	3,4
	32 – 36 tuần	7	4,8
	37 – 41 tuần	84	57,5
Giới tính	Nam	80	54,8
	Nữ	66	45,2
Cân nặng sơ sinh	< 2500g	14	9,6
	2500 - < 3500g	112	76,7
	≥ 3500g	20	13,7

**Nhận xét:** Tỷ lệ trẻ trai là 54,8% và trẻ gái là 45,2%. Phần lớn các trường hợp có ngôi thai là ngôi chỏm, chiếm 90,4%. Tỷ lệ ngôi ngược là 9,6%. Đa số các trường hợp có tuổi thai từ 37 - 41 tuần, chiếm 57,5%. Có 4,8% trường hợp tuổi thai từ 32 - 36 tuần. Tỷ lệ trẻ đẻ non từ 28 - dưới 32 tuần là 3,4%. Tỷ lệ đẻ non dưới 28 tuần là 2,7%. Đa số các trường hợp có cân nặng sơ sinh trong khoảng 2500g đến dưới 3500g chiếm 76,7%. Có 9,6% trẻ sơ sinh cân nặng dưới 2500g và 13,7% trẻ cân nặng từ 3500g trở lên.

**Bảng 3. Nguyên nhân mổ lấy thai**

Nguyên nhân mổ lấy thai		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân mổ lấy thai	Do đường sinh dục	35	23,97
	Do suy thai	100	68,49
	Do phần phụ của thai	39	26,71
	Do bệnh lý của mẹ	13	8,9
	Do các yếu tố xã hội	11	7,53
Số lượng nguyên nhân	1 nguyên nhân	58	39,73
	Nhiều nguyên nhân	88	60,27

**Nhận xét:** Nguyên nhân chính là do thai, chiếm 68,49% các trường hợp. Tiếp theo là do

phần phụ của thai (26,71%) và do đường sinh dục (23,97%). Tỷ lệ mổ do bệnh lý của mẹ (8,9%) và các yếu tố xã hội (7,53%) thấp hơn. Phần lớn các trường hợp (60,27%) là do nhiều nguyên nhân.

**3.2. Kết quả sau mổ lấy thai**

**Bảng 4. Kết quả mổ lấy thai**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian nằm viện	≤ 7 ngày	146	100
	>7 ngày	0	0
Apgar phút thứ 1	Ngạt (≤ 3 điểm)	2	1,4
	Không ngạt (>3 điểm)	144	98,6
Apgar phút thứ 5	Ngạt (≤ 3 điểm)	0	0
	Không ngạt (>3 điểm)	146	100
Biến chứng trong mổ	Không	146	100
	Có biến chứng	0	0
Biến chứng sau mổ	Không	146	100
	Có biến chứng	0	0

**Nhận xét:** Có 1,4% trường hợp bị ngạt (Apgar ≤ 3 điểm) vào phút thứ nhất sau sinh, về Apgar phút thứ 5 thì tất cả các trường hợp đều không ngạt (> 3 điểm), chiếm 100%. Không có trường hợp nào ghi nhận bị biến chứng trong và sau mổ.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm của mẹ và của thai.** Về tuổi của sản phụ sinh con so, đa số các trường hợp là mẹ trong độ tuổi từ 20-24 tuổi, chiếm 52,7%. Nhìn chung, phần lớn các trường hợp là mẹ trong độ tuổi sinh đẻ lý tưởng từ 20-24 tuổi. Tuy nhiên, vẫn có tỷ lệ đáng kể mẹ quá trẻ (dưới 19 tuổi) và trên 30 tuổi, có thể gặp một số nguy cơ nhất định. Bên cạnh đó, tỷ lệ mẹ là người dân tộc thiểu số cao hơn người Kinh cũng đáng lưu ý.

Phần lớn các trường hợp có ngôi thai là ngôi chòm, chiếm 90,4%. Tỷ lệ ngôi ngược là 9,6%. Đa số các trường hợp có tuổi thai từ 37 - 41 tuần, chiếm 57,5%. Có 4,8% trường hợp tuổi thai từ 32 - 36 tuần. Tỷ lệ trẻ đẻ non từ 28 - dưới 32 tuần là 3,4%. Tỷ lệ đẻ non dưới 28 tuần là 2,7%. Đa số các trường hợp có cân nặng sơ sinh bình thường trong khoảng 2500g đến dưới 3500g chiếm 76,7%. Nhìn chung, hầu hết các trường hợp đều có ngôi thai lý tưởng và tuổi thai đạt chuẩn từ 37-41 tuần. Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ nhỏ trẻ đẻ non cần được quan tâm đặc biệt. Bên cạnh đó, tỷ lệ ngôi ngược khoảng 9,6% cũng cần được lưu ý để có phương pháp xử trí phù hợp.

Sản phụ con so được chỉ định mổ lấy thai thuộc nhóm nguyên nhân do suy thai chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,49%. Tác giả Phùng Ngọc Hân (2017) nghiên cứu cho thấy chỉ định do suy thai

trong chuyển dạ chiếm 57,4% trong các trường hợp mổ lấy thai, tương tự nghiên cứu của Phạm Bá Nha (42,3%)[5]. Trong nghiên cứu này 39,73% số sản phụ chỉ có 1 chỉ định MLT, thấp hơn tương tự nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (37,65%) [6].

Suy thai là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến chỉ định mổ lấy thai. Suy thai có thể gây nguy hiểm tính mạng cho cả mẹ và thai nhi nếu không được can thiệp kịp thời, thông qua mổ lấy thai sẽ giúp ngăn ngừa các biến chứng nặng nề hơn xảy ra. Tuy nhiên, không phải mọi trường hợp suy thai đều phải mổ đẻ. Việc chỉ định mổ lấy thai phải căn cứ vào mức độ suy thai, tình trạng của mẹ và thai nhi, đánh giá lợi ích so với nguy cơ. Nhiều trường hợp suy thai nhẹ vẫn có thể được theo dõi, điều trị nội khoa và đẻ thường nếu đáp ứng đủ điều kiện. Ngoài ra, cần phân biệt suy thai có hay không có nguy cơ gây tử vong. Những trường hợp suy thai cấp tính, nặng thì mổ lấy thai là lựa chọn tối ưu để cứu sống mẹ và bé. Tuy nhiên nếu suy thai mạn tính, không đe dọa tính mạng thì có thể đình chỉ thai kỳ nếu điều kiện cho phép. Để hạn chế tối đa chỉ định mổ lấy thai vì lý do suy thai, chúng ta cần tăng cường các biện pháp phòng ngừa và quản lý các yếu tố nguy cơ gây suy thai trước và trong thai kỳ. Đồng thời, quy trình chẩn đoán, theo dõi diễn biến suy thai cũng cần được chuẩn hóa để có quyết định xử trí đúng đắn, kịp thời.

**4.2. Kết quả mổ lấy thai.** Trên thực tế chỉ định mổ lấy thai là một vấn đề vô cùng phức tạp, có các trường hợp phẫu thuật lấy thai vì có nhiều chỉ định mang tính chất tương đối. Về Apgar phút thứ 1: Phần lớn các trường hợp có điểm Apgar phút thứ nhất không ngạt (> 3 điểm), chiếm 98,6%. Chỉ có 1,4% trường hợp bị ngạt (≤ 3 điểm). Về Apgar phút thứ 5: Tất cả các trường hợp đều có điểm Apgar phút thứ 5 không ngạt (> 3 điểm), chiếm 100%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với Phùng Ngọc Hân (2017) với tỷ lệ ngạt phút thứ 1 là 1,4% và sau 5 phút không con trường hợp nào ngạt. Ngoài ra chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị biến chứng. Với kết quả khả quan về cân nặng, điểm Apgar và không có biến chứng, hoàn toàn có thể tiếp tục duy trì và nâng cao hơn nữa chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, cần quan tâm đặc biệt đến các nhóm trẻ, bà mẹ có nguy cơ cao để có biện pháp can thiệp phù hợp, đảm bảo sức khỏe tối ưu.

**V. KẾT LUẬN**

Nguyên nhân phổ biến dẫn đến mổ lấy thai

là do suy thai (68,49%), có 1,4% trường hợp mổ lấy thai trẻ bị ngạt vào phút thứ nhất và sau 5 phút không còn trường hợp nào ngạt.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shu-guo DU, et al.** (2020), "Effect of China's Universal Two-child Policy on the Rate of Cesarean Delivery: A Case Study of a Big Childbirth Center in China", *Current Medical Science* 40(2), pp.348-353.
2. **Begum T., A. Rahman, H. Nababan, D. M. E. Hoque, A. F. Khan, T. Ali, I. Anwar** (2017), "Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh", *PLoS One*, 12, (11), e0188074.
3. **Phạm Thị Bé Lan** (2019), "Thực trạng mổ lấy thai và một số yếu tố liên quan tại thành phố Trà Vinh, tỉnh Trà Vinh năm 2018", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2, (23), tr. 141-146.
4. **Phùng Ngọc Hân, Lê Minh Tâm, Trương Quang Vinh** (2017), "Chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế", *Tạp chí Phụ sản*, 15, (1), 41 - 46.
5. **Vương Tiến Hòa** (2004), "Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai ở người đẻ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2002", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 31(5), tr. 79-84
6. **Phạm Bá Nha** (2010), "Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai tại bệnh viện Bạch Mai năm 2008," *Y học Việt Nam*, tr. 14-18

## SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH LÝ DỊ ỨNG KHOANG TRUNG TÂM (CCAD) VÀ VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN ƯU THỂ

Nguyễn Thành Phương<sup>1</sup>, Ngô Hồng Ngọc<sup>1</sup>, Trần Việt Luân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Tổng quan:** Bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (Central Compartment Atopic Disease) là một bệnh lý trong nhóm bệnh viêm mũi xoang mạn tính, có mối liên quan với tình trạng dị ứng và chỉ mới được công bố năm 2017. Tại Việt Nam, hiện vẫn chưa có nghiên cứu nào về bệnh lý này. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý này và so sánh các đặc điểm trên với đặc điểm của thể bệnh viêm mũi xoang mạn tính tăng bạch cầu ái toan ưu thể. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả cắt ngang. Chúng tôi thu thập 50 trường hợp viêm mũi xoang mạn tính, có polyp mũi trên nội soi mũi và có chỉ định phẫu thuật nội soi mũi xoang. Mẫu nghiên cứu được chia thành nhóm bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (CCAD) và nhóm viêm mũi xoang mạn tính tăng bạch cầu ái toan ưu thể (eCRS). Điểm cắt chẩn đoán eCRS là 10 tế bào/HPF. **Kết quả:** Nhóm bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (CCAD) có tuổi trung bình là 45,88 ± 12,69 năm. Tỷ lệ đồng mắc viêm mũi dị ứng là 68%. Điểm SNOT-22 là 31,68 ± 8,68 điểm, điểm nội soi Lund – Kennedy là 7,84 ± 1,70 điểm, điểm CT scan Lund – Mackay là 16,04 ± 4,18 điểm. 88% bệnh nhân CCAD có chần bám polyp ở cuốn mũi giữa, 76% ở phần sau trên vách ngăn, 20% cuốn mũi trên. Trên hình ảnh CT scan, 52% bệnh nhân CCAD có hình ảnh vầng hào quang đen, 44% có hình ảnh mờ giảm dần từ trong ra ngoài, 12% có hình ảnh mờ đặc toàn bộ các xoang. Số lượng bạch cầu ái toan trong mô polyp là 28,64 ± 30,07 tế bào/HPF. Khi so sánh với nhóm eCRS, nhóm CCAD có tỷ lệ đồng mắc viêm mũi dị ứng cao hơn có ý

nghĩa thống kê, điểm số SNOT-22, Lund – Kennedy, Lund – Mackay, số lượng bạch cầu ái toan trong mô polyp thấp hơn có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** CCAD là một bệnh lý trong nhóm các bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính với mối liên quan đến dị ứng dị nguyên đường thở với các đặc điểm khác biệt so với thể eCRS. **Từ khóa:** viêm mũi xoang mạn tính, dị ứng dị nguyên đường thở, bệnh lý dị ứng khoang trung tâm, viêm mũi xoang mạn tính tăng bạch cầu ái toan ưu thể.

### SUMMARY

#### COMPARING CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS BETWEEN CENTRAL COMPARTMENT ATOPIC DISEASE AND EOSINOPHILIC CHRONIC RHINOSINUSITIS

**Background:** Central compartment atopic disease is a newly differentiated phenotype of chronic rhinosinusitis with a strong association with inhalant allergy. It was first described in 2017. In Vietnam, there has been no research concentrating on this disease. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and laboratory results of central compartment atopic disease in the Vietnamese population and to compare them with eosinophilic chronic rhinosinusitis. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study including patients who have chronic rhinosinusitis, nasal polyps identified in nasal endoscopy and were indicated for functional endoscopic sinus surgery. These patients were classified as central compartment atopic disease (CCAD) or eosinophilic chronic rhinosinusitis (eCRS) by characteristics of their CT scan, nasal endoscopy and surgical confirmation of nasal polyps origin. A cut-off point for diagnosis of eCRS of 10 cells/HPF was used. **Results:** Fifty patients were collected with twenty-five patients in each group. CCAD group had a median age of 45,88 ± 12,69, 68% of them have allergic rhinitis

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Phương

Email: nguyennphuong12196@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024