

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

and had a median SNOT-22 score of  $31,68 \pm 8,68$ , median Lund – Kennedy score of  $7,84 \pm 1,70$ , median Lund – Mackay score of  $16,04 \pm 4,18$ . In nasal endoscopy, 88% of CCAD patients had polyps originating from middle turbinate head, 76% from posterior superior nasal septum, 20% from superior turbinate. In CT scan images, 52% of them had black halo sign, 44% had medial-to-lateral sign, 12% had pansinusitis images. **Conclusions:** CCAD is a phenotype among a spectrum of chronic rhinosinusitis with a strong association with inhalant allergy and different characteristics from eCRS.

**Keywords:** Chronic rhinosinusitis, inhalant allergy, central compartment atopic disease, eosinophilic chronic rhinosinusitis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dị ứng là một trong những yếu tố thúc đẩy viêm mũi xoang mạn tính được quan tâm rất nhiều với nhiều đề tài nghiên cứu được thực hiện. Mặc dù vậy, mối liên hệ giữa tình trạng dị ứng và viêm mũi xoang mạn tính vẫn còn gây tranh cãi.[3] Các thể khác nhau của viêm mũi xoang mạn tính có mức độ tương quan khác nhau với tình trạng dị ứng.[4] Năm 2017, DelGaudio và cộng sự[3] mô tả một bệnh lý đặc trưng với thoái hóa polyp tại đầu cuộn mũi giữa, cuộn mũi trên và phần sau trên vách ngăn và được gọi là bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (central compartment atopic disease - CCAD). Nhóm bệnh này có tần suất dị ứng cao đáng kể và tần suất đồng mắc hen thấp hơn so với các thể viêm mũi xoang mạn tính có polyp khác.[3] Vào năm 2020, EPOS xem bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (CCAD) là một bệnh lý riêng biệt trong nhóm viêm mũi xoang mạn tính nguyên phát lan tỏa loại hai.[4]

Ngoài mối liên quan rõ ràng với tình trạng dị ứng, các thông tin về triệu chứng nặng, hình ảnh CT scan, nội soi mũi, giải phẫu bệnh của bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (CCAD) ở dân số Việt Nam như thế nào và có khác biệt so với viêm mũi xoang mạn tính tăng bạch cầu ái toan ưu thế hay không? Nhằm trả lời câu hỏi trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "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 thế". Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý CCAD và so sánh các đặc điểm trên với đặc điểm của thể bệnh viêm mũi xoang mạn tính tăng bạch cầu ái toan ưu thế.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này là nghiên cứu mô tả cắt ngang với mẫu nghiên cứu thu thập các trường hợp bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn

đoán viêm mũi xoang mạn tính, có ghi nhận polyp mũi trên kết quả nội soi mũi và có chỉ định phẫu thuật tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM.

Bệnh nhân được phân thành hai nhóm là nhóm bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (CCAD) và viêm mũi xoang mạn tính tăng bạch cầu ái toan ưu thế (eCRS) dựa trên hình ảnh CT scan Mũi xoang, hình ảnh nội soi Mũi chẩn đoán và kết quả xác định chân bám polyp trong quá trình phẫu thuật.

Nhóm CCAD bao gồm các trường hợp thỏa các tiêu chuẩn sau đây:

- Hình ảnh CT scan có một trong các hình ảnh sau: dày niêm mạc tập trung ở trung tâm và các xoang cạnh mũi bình thường hoặc chỉ ảnh hưởng thành trong và/hoặc thành dưới; dấu vầng hào quang đen với hình ảnh dày niêm mạc khu trú trung tâm và vẫn giữ được viền khí đen xung quang hốc mắt và sàn sọ; dấu mờ giảm dần từ trong ra ngoài với hình ảnh mờ khu trú nhiều ở trung tâm hốc mũi và nhẹ hơn ở phía ngoài.

- Hình ảnh nội soi mũi chẩn đoán: chân bám polyp xuất phát từ vùng trung tâm bao gồm cuộn mũi giữa, trên, phần sau trên vách ngăn mũi

- Hình ảnh trong quá trình phẫu thuật: không có polyp hoặc chỉ có dày niêm mạc lan tỏa trong lòng các xoang được mở ra trong phẫu thuật.

Nhóm eCRS bao gồm các trường hợp thỏa các tiêu chuẩn sau đây:

- Hình ảnh CT scan có hình ảnh: dày niêm mạc lan tỏa toàn bộ các thành của xoang hoặc mờ toàn bộ các xoang.

- Hình ảnh nội soi mũi chẩn đoán: polyp có chân bám xuất phát từ khe giữa.

- Hình ảnh trong quá trình phẫu thuật: polyp xuất phát từ niêm mạc trong lòng các xoang cạnh mũi.

- Kết quả đếm bạch cầu ái toan (BCAT) mô polyp  $\geq 10$  tế bào/HPF. Mẫu mô polyp được lấy trong phẫu thuật, được bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh đọc dưới quang trường 100x và 400x. Số tế bào BCAT mô là số trung bình kết quả đếm ở 03 quang trường 400x có thâm nhiễm nhiều tế bào nhất.

Trong trường hợp cả hình ảnh CT scan và nội soi mũi chẩn đoán không thể xác định được phân nhóm của bệnh nhân, kết quả xác định trong phẫu thuật là sẽ quyết định bệnh nhân được phân vào nhóm nào.

Chúng tôi loại trừ các trường hợp có đồng mắc nấm xoang, u mũi xoang, các trường hợp viêm mũi xoang nấm dị ứng, các trường hợp từng được phẫu thuật mũi xoang và các trường hợp có polyp xuất phát ở cả khe giữa, niêm mạc lòng xoang và vùng trung tâm.

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM chấp thuận.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Chúng tôi thu thập được 25 trường hợp nhóm CCAD và 25 trường hợp eCRS.

**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (CCAD)**

Nhóm CCAD có tuổi trung bình 45.88 ± 12.69, tuổi khởi phát trung bình 37.40 ± 10.93 với thời gian mắc bệnh dài trung bình 37.40 ± 10.93. Tỷ lệ nam là 56%. Tỷ lệ đồng mắc hen và viêm mũi dị ứng lần lượt là 12% và 68%.

**Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ**

	CCAD
Tuổi (Năm)	45.88±12.69
Tuổi khởi phát (Năm)	37.40±10.93
Tỷ lệ nam (%)	56
Tỷ lệ đồng mắc hen (%)	12
Tỷ lệ đồng mắc viêm mũi dị ứng (%)	68
Thời gian mắc bệnh (Năm)	8.48±6.99

Chúng tôi sử dụng thang điểm SNOT-22 để đánh giá triệu chứng cơ năng ở bệnh nhân CCAD. Tổng điểm SNOT-22 nhóm CCAD là 31.68 ± 8.68 điểm với các triệu chứng liên quan viêm mũi dị ứng gây ảnh hưởng chất lượng cuộc sống nhất như chảy mũi, nghẹt mũi, giảm khứu/vị giác, hắt hơi và giảm tập trung.

**Bảng 3.2. Độ nặng triệu chứng cơ năng theo SNOT-22**

STT	Triệu chứng	Trung bình	Độ lệch chuẩn
1	Cần phải hỉ mũi	2,08	1,18
2	Nghẹt mũi	3,80	1,26
3	Hắt hơi	3,00	1,53
4	Chảy mũi	4,04	0,89
5	Ho	0,60	0,91
6	Chảy mũi sau	1,16	1,21
7	Nước mũi đặc	0,84	1,14
8	Đầy tai (U tai)	0,52	0,87
9	Chóng mặt	0,08	0,40
10	Đau tai	0,00	0,00
11	Đau/nặng mặt	2,52	1,53
12	Giảm khứu/vị giác	3,36	1,84
13	Khó đi vào giấc ngủ	1,48	1,61
14	Thức dậy vào ban đêm	0,64	1,18
15	Ngủ không ngon ban đêm	1,32	1,57
16	Thức dậy mệt mỏi	0,92	1,15
17	Cảm thấy mệt mỏi	1,00	1,00
18	Giảm năng suất	1,12	1,20
19	Giảm tập trung	2,16	1,31
20	Cảm giác chán nản/ bồn chồn/ kích thích	0,60	1,12

21	Cảm thấy buồn bã	0,00	0,00
22	Cảm thấy xấu hổ	0,44	1,04
<b>Tổng</b>		<b>31,68</b>	<b>8,68</b>

Về công thức bạch cầu máu, nhóm CCAD có kết quả trong khoảng tham chiếu bình thường trừ số lượng bạch cầu ái kiềm tăng so với khoảng tham chiếu.

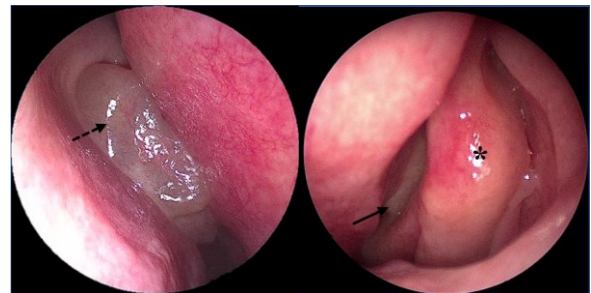
**Bảng 3.3. Đặc điểm công thức bạch cầu máu nhóm CCAD**

	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tổng số lượng bạch cầu (10 <sup>9</sup> /L)	8,48	6,99
Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính (10 <sup>9</sup> /L)	4,46	1,38
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (%)	57,07	9,89
Số lượng bạch cầu ái toan (10 <sup>9</sup> /L)	0,34	0,19
Tỷ lệ bạch cầu ái toan (%)	4,71	3,05
Số lượng bạch cầu ái kiềm (10 <sup>9</sup> /L)	0,05	0,03
Tỷ lệ bạch cầu ái kiềm (%)	0,71	0,35

Trong nhóm CCAD, 88% bệnh nhân có polyp xuất phát từ cuốn mũi giữa, 76% từ phần sau trên vách ngăn, 20% từ cuốn mũi trên và 28% có polyp xuất phát từ mỏm móc.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ xuất hiện các hình ảnh CT scan đặc trưng cho bệnh lý CCAD**

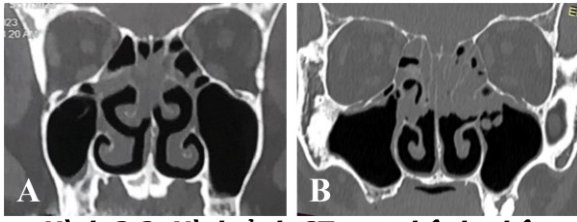
	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh vầng hào quang đen	13	52
Hình ảnh mờ giảm dần từ trong ra ngoài	11	44
Cả hai hình ảnh vầng hào quang đen và mờ giảm dần từ trong ra ngoài	2	8
Hình ảnh mờ toàn bộ các xoang	3	12



**Hình 3.1. Hình ảnh nội soi một trường hợp bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (CCAD)**

Hình trái: Hốc mũi phải, mũi tên đen đứt: đầu cuốn mũi giữa thoái hoá polyp

Hình phải: Hốc mũi trái, mũi tên đen: polyp cuốn mũi trên, dấu hoa thị: đầu cuốn mũi giữa thoái hoá lan toả.



**Hình 3.2. Hình ảnh CT scan bệnh nhân bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (CCAD)**

Hình A: Hình ảnh vầng hào quang đen

Hình B: Hình ảnh mờ giảm dần từ trong ra ngoài

Chúng tôi sử dụng thang điểm Lund – Kennedy để đánh giá độ nặng triệu chứng trên nội soi mũi và thang điểm Lund – Mackay để đánh giá độ nặng trên hình ảnh CT scan (Bảng 3.5). Số lượng tế bào BCAT mô là  $28.84 \pm 30.37$  với tỷ lệ tăng BCAT ưu thế là 76%.

**Bảng 3.5. Độ nặng trên nội soi, CT scan và số lượng BCAT mô**

	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Điểm Lund - Kennedy	7.84	1.70
Điểm Lund – Mackay	16.04	4.18
Số lượng tế bào BCAT mô	28.64	30.37

**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 thế (eCRS).** Về đặc điểm dịch tễ, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, tuổi khởi phát, giới tính, tỷ lệ đồng mắc hen giữa hai nhóm CCAD và eCRS. Tỷ lệ đồng mắc viêm mũi dị ứng và thời gian mắc bệnh ở nhóm CCAD cao hơn eCRS có ý nghĩa thống kê.

Về triệu chứng cơ năng, nhóm CCAD có điểm số SNOT-22 thấp hơn đáng kể so với eCRS ( $p < 0.001$ ) nhưng triệu chứng giảm khứu/vị giác không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Về đặc điểm cận lâm sàng, chúng tôi nhận thấy số lượng và tỷ lệ BCAT máu nhóm CCAD thấp hơn eCRS nhưng không đạt mức ý nghĩa thống kê. Nhóm CCAD có độ nặng bệnh nhẹ hơn eCRS thể hiện qua điểm số Lund – Kennedy (LK), điểm số Lund – Mackay (LM) và số tế bào BCAT mô thấp hơn có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.6. So sánh các đặc điểm giữa nhóm CCAD và eCRS**

	CCAD	eCRS	p
Tuổi (Năm)	$45.88 \pm 12.69$	$45.52 \pm 8.51$	0.907*
Tuổi khởi phát (Năm)	$37.40 \pm 10.93$	$40.86 \pm 6.05$	0.175*
Tỷ lệ nam (%)	56	60	1.000**
Tỷ lệ đồng mắc hen (%)	12	16	1.000**

Tỷ lệ đồng mắc viêm mũi dị ứng (%)	68	20	0.002**
Thời gian mắc bệnh (Năm)	$8.48 \pm 6.99$	$4.66 \pm 4.04$	0.038***
Triệu chứng giảm khứu/vị giác (điểm)	$3.36 \pm 1.84$	$3.48 \pm 2.02$	0.591***
Điểm SNOT-22 (điểm)	$31.68 \pm 8.68$	$42.12 \pm 9.87$	<0.001***
Số lượng BCAT máu ( $10^9/L$ )	$0.34 \pm 0.19$	$0.55 \pm 0.43$	0.077***
Tỷ lệ BCAT máu (%)	$4.71 \pm 3.05$	$6.57 \pm 4.58$	0.159***
Điểm Lund – Kennedy (điểm)	$7.84 \pm 1.70$	$10.32 \pm 2.04$	<0.001*
Điểm Lund – Mackay (điểm)	$16.04 \pm 4.18$	$20.36 \pm 2.49$	0.001***
Số tế bào BCAT mô (tế bào/HPF)	$28.64 \pm 30.37$	$56.80 \pm 35.23$	0.001***

\* Phép kiểm t-test, \*\* Phép kiểm Chi bình phương, \*\*\* Phép kiểm Mann - Whitney

#### IV. BÀN LUẬN

##### **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (CCAD).**

Tuổi trung bình nhóm CCAD trong mẫu nghiên cứu tương đồng với nhiều nghiên cứu đã được thực hiện trên thế giới với nhiều chủng tộc và khu vực địa lý khác nhau với tuổi trung bình 42,4 – 45,79.[3],[8],[10]

Nhóm bệnh viêm đường hô hấp do dị ứng thường có tuổi khởi phát sớm trước 20 tuổi.[5] Tuổi khởi phát này nhỏ hơn rất nhiều so với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi. CCAD là tình trạng nặng hơn của viêm mũi dị ứng khi bệnh nhân tiếp xúc với dị ứng trong thời gian dài.[3] Do đó, chúng tôi cho rằng thời điểm khởi phát bệnh tùy thuộc vào tình trạng tiếp xúc dị nguyên của bệnh nhân hơn là tuổi của họ. Từ đó, thời gian mắc bệnh cũng kéo dài nhiều năm như kết quả chúng tôi đã ghi nhận

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm CCAD có tỷ lệ đồng mắc hen thấp tương đồng với các nghiên cứu ở người da vàng với tỷ lệ từ 9,8 đến 14,29% [7],[8] nhưng lại thấp hơn nhiều khi so với các nghiên cứu ở người da trắng với tỷ lệ từ 30,4 đến 46,7%.[3] Sự khác biệt chủng tộc có thể là lý do cho sự khác biệt này do tỷ lệ mắc hen ở các quốc gia châu Mỹ cao hơn so với các quốc gia Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương.[2]

DelGaudio và cộng sự trong nghiên cứu đầu tiên về CCAD cho rằng tình trạng bệnh lý này có thể là tình trạng nặng hơn của viêm mũi dị ứng.[3] Các nghiên cứu công bố sau đó cũng ủng hộ giả thiết này khi tỷ lệ đồng mắc viêm mũi dị ứng rất cao ở bệnh nhân CCAD với tỷ lệ từ

73,9 đến 100%.[1],[9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ đồng mắc viêm mũi dị ứng lên tới 68%, tương đồng với các nghiên cứu trên. Tuy vậy, một lần nữa, sự khác biệt về chủng tộc và vị trí địa lý dẫn tới sự khác biệt về tỷ lệ bệnh tật, tương tự như hen mà chúng tôi đã nhắc ở trên, khi nghiên cứu tại Đài Loan và Trung Quốc ghi nhận tỷ lệ đồng mắc viêm mũi dị ứng chỉ từ 23,1 đến 51,22%.[8],[10]

Về triệu chứng cơ năng, các nghiên cứu có ghi nhận điểm SNOT-22 của nhóm CCAD cho các kết quả khác nhau.[3],[10]. Tuy nhiên, do khác biệt về thời điểm ghi nhận điểm số này, chúng tôi không thể rút ra được kết luận nào về sự khác biệt này.

Nhóm CCAD có số lượng và tỷ lệ BCAT máu tuy không tăng so với khoảng tham chiếu nhưng đã vượt ngưỡng chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính tăng bạch cầu ái toan.[4] Điều này giải thích cho kết quả số lượng tế bào bạch cầu ái toan trong mô cao ( $28,64 \pm 30,07$ ) và tỷ lệ viêm mũi xoang mạn tính tăng bạch cầu ái toan cao ở nghiên cứu của chúng tôi (76%) cũng như bản chất bệnh lý là một tình trạng viêm mạn tính lan tỏa loại 2.

Nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán dựa trên thông tin thu thập cả trước và trong phẫu thuật. Do đó, chúng tôi thu thập cả các trường hợp polyp lớn lấp đầy hốc mũi, các trường hợp mà các nghiên cứu khác đã loại trừ. Điều này đã dẫn đến điểm LK, LM chúng tôi ghi nhận được cao hơn hầu hết các nghiên cứu khác với trung bình điểm LK từ 5,50 – 6,00 và LM từ 10,94 – 15,80.[1],[7],[8],[10]

Bên cạnh đó, sự khác biệt về tỷ lệ lắng đọng dị nguyên tại các vị trí khác nhau trong hốc mũi gây ra hiện tượng biểu hiện bệnh khác nhau giữa hai bên mũi của cùng một bệnh nhân.[6] Chúng tôi cũng ghi nhận các trường hợp có biểu hiện kích thước, vị trí chân bám polyp khác nhau giữa hai bên mũi như trường hợp đã được thể hiện ở hình 3.1.

Về hình ảnh CT scan, hình ảnh vầng hào quang đen và mờ giảm dần từ trong ra ngoài xuất hiện ở 22/25 trường hợp CCAD cho thấy đây là một hình ảnh đặc hiệu sẽ hữu ích trong việc chẩn đoán bệnh lý này.

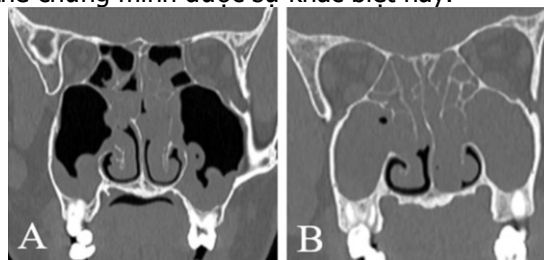
**So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (CCAD) và viêm mũi xoang mạn tính tăng bạch cầu ái toan ưu thế (eCRS).** Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ viêm mũi dị ứng ở nhóm CCAD cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm eCRS ( $p < 0,01$ ). Kết này tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu ở nhiều quốc gia (Mỹ,

Malaysia, Trung Quốc, Đài Loan) và chủng tộc khác nhau (người da trắng, người Mỹ gốc phi, người da vàng).[1],[7],[8],[9]. Sự tương đồng này một lần nữa khẳng định mối liên quan giữa bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (CCAD) và viêm mũi dị ứng nói riêng và với tình trạng dị ứng dị nguyên đường thở nói chung. Có thể vì mối liên quan này, thời gian mắc bệnh của nhóm CCAD cũng dài hơn có nghĩa thống kê khi so với nhóm eCRS.

Triệu chứng giảm khứu giác là triệu chứng được nhiều nhà nghiên cứu lưu ý. Shih và cộng sự và Nie và cộng sự[10] ghi nhận tỷ lệ mất mùi cao hơn và mức độ mất mùi nặng hơn ở nhóm CCAD khi so với nhóm eCRS khác với kết quả so sánh của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu trên loại trừ các trường hợp polyp đã lấp đầy hốc mũi trên nội soi mũi hoặc hình ảnh CT scan mờ hoàn toàn không thể phân nhóm, trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả các trường hợp này. Tuy nhiên, cũng vì vậy, mẫu nghiên cứu của chúng tôi có thể không mang tính đại diện cho toàn bộ nhóm CCAD do chỉ tập trung các trường hợp ở giai đoạn nặng.

Khi phân tích biểu hiện bệnh, nhóm CCAD cho thấy biểu hiện nhẹ hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm eCRS so sánh điểm SNOT-22, LK, LM cũng như số tế bào BCAT mô. Đặc điểm này có thể do bệnh lý này có nồng độ các chất gây viêm thấp hơn đáng kể so với các thể khác trong viêm mũi xoang mạn tính lan tỏa loại 2, đặc biệt là thể eCRS.

Nhóm CCAD có số lượng và tỷ lệ BCAT máu thấp hơn nhóm eCRS. Điều này hợp lý khi xét đến mức độ biểu hiện bệnh dựa trên các đặc điểm chúng tôi đã nhắc đến ở trên cũng như nồng độ chất viêm của hai thể bệnh được ghi nhận bởi Rubel và cộng sự. Tuy vậy, sự khác biệt này không đạt mức có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu chúng tôi còn lại chế nên không thể chứng minh được sự khác biệt này.



**Hình 4.1. So sánh hình ảnh CT scan giữa bệnh lý dị ứng khoang trung tâm (Hình A) và viêm mũi xoang mạn tính tăng bạch cầu ái toan ưu thế (Hình B)**

Nghiên cứu của chúng tôi các hạn chế như cỡ mẫu còn nhỏ, tại một trung tâm, chỉ tập trung vào các trường hợp nặng đã có chỉ định phẫu thuật, và chưa làm đầy đủ các xét nghiệm về dị ứng. Do vậy, chúng tôi không chứng minh được những khác biệt nhỏ giữa hai thể bệnh cũng như mẫu CCAD không mang tính đại diện cho toàn bộ thể bệnh CCAD với nhiều mức độ bệnh và có thể có khác biệt về biểu hiện bệnh giữa các dân tộc và vùng địa lý khác nhau.

## V. 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. Do đó, bệnh lý này cần được chẩn đoán như một thể bệnh riêng biệt nhằm định hướng cho kế hoạch điều trị mà trong đó, điều trị dị ứng là một yếu tố quan trọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdullah B., Vengathajalam S., Md Daud M. K., et al.** (2020), "The Clinical and Radiological Characterizations of the Allergic Phenotype of Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps", *J Asthma Allergy*, 13, pp. 523-531.
2. **Asher M. I., Rutter C. E., Bissell K., et al.** (2021), "Worldwide trends in the burden of asthma symptoms in school-aged children: Global Asthma Network Phase I cross-sectional study", *Lancet*, 398 (10311), pp. 1569-1580.
3. **DelGaudio J. M., Loftus P. A., Hamizan A. W., et al.** (2017), "Central compartment atopic disease", *Am J Rhinol Allergy*, 31 (4), pp. 228-234.
4. **Fokkens W. J., Lund V. J., Hopkins C., et al.** (2020), "European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020", *Rhinology*, 58 (Suppl S29), pp. 1-464.
5. **Grayson J. W., Cavada M., Harvey R. J.** (2019), "Clinically relevant phenotypes in chronic rhinosinusitis", *J Otolaryngol Head Neck Surg*, 48 (1), pp. 23.
6. **Inthavong K., Shang Y., Del Gaudio J. M., et al.** (2021), "Inhalation and deposition of spherical and pollen particles after middle turbinate resection in a human nasal cavity", *Respir Physiol Neurobiol*, 294, pp. 103769.
7. **Kong W., Wu Q., Chen Y., et al.** (2022), "Chinese Central Compartment Atopic Disease: The Clinical Characteristics and Cellular Endotypes Based on Whole-Slide Imaging", *J Asthma Allergy*, 15, pp. 341-352.
8. **Li Y. T., Huang S. S., Ma J. H., et al.** (2023), "Bacteriology of Different Phenotypes of Chronic Rhinosinusitis", *Laryngoscope*.
9. **Marcus S., Schertzer J., Roland L. T., et al.** (2020), "Central compartment atopic disease: prevalence of allergy and asthma compared with other subtypes of chronic rhinosinusitis with nasal polyps", *Int Forum Allergy Rhinol*, 10 (2), pp. 183-189.
10. **Nie Z., Xu Z., Fan Y., et al.** (2023), "Clinical characteristics of central compartment atopic disease in Southern China", *Int Forum Allergy Rhinol*, 13 (3), pp. 205-215.

## KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM, YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TĂNG HUYẾT ÁP KHÔNG TRƯNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Mai Văn Toàn<sup>1</sup>, Vũ Phi Hùng<sup>1</sup>,  
Bùi Hồng Anh<sup>1</sup>, Bùi Hồng Nam<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát về đặc điểm, yếu tố liên quan của tăng huyết áp không trũng ở những bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả thông qua điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ THA không trũng chung là 84,4%. Trong nghiên cứu thì nhóm tuổi THA không trũng chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi từ 60 – 69 tuổi (35,7%). Tỷ lệ xuất hiện THA không trũng ở bệnh nhân chỉ sử dụng thuốc huyết áp vào buổi sáng là

85,8%, xuất hiện nhiều hơn ở những bệnh nhân chỉ sử dụng 1 loại thuốc huyết áp (50%). Tỷ lệ THA không trũng xuất hiện ở nữ nhiều hơn nam (62,5%). **Kết luận:** Tỷ lệ THA không trũng chung ở những bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát chiếm tỷ lệ khá cao (84,4%). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ THA không trũng xuất hiện nhiều hơn ở nữ giới (62,5%), chỉ sử dụng 1 loại thuốc huyết áp (50%), BMI < 25, chỉ uống thuốc buổi sáng (85,8%).

**Từ khóa:** tăng huyết áp không trũng, tăng huyết áp nguyên phát

**Từ viết tắt:** tăng huyết áp (THA)

### SUMMARY

**SURVEY OF SOME CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS OF NON-DIPPER HYPERTENSION IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION AT THAI BINH**

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình  
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Phi Hùng  
Email: vuphihung23793@gmail.com  
Ngày nhận bài: 8.5.2024  
Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024  
Ngày duyệt bài: 23.7.2024