

UTBMTBG, và chúng tôi nhận thấy, các bệnh nhân ung thư gan đều có nồng độ trung vị HBcrAg rất cao khi đánh giá theo số lượng khối u, kích thước khối u và giai đoạn ung thư, có xu hướng tăng dần nồng độ HBcrAg theo phân loại giai đoạn UTBMTBG Barcelona. Như vậy, HBcrAg tăng cao có giá trị trong việc đánh giá nguy cơ HCC ở bệnh nhân VGVRB mạn tính, đồng thời khi đã được chẩn đoán ung thư, nồng độ này vẫn tiếp tục có xu hướng tăng cao.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ HBcrAg tăng cao ở tất cả các bệnh nhân xơ gan và UTBMTBG, tuy nhiên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các giai đoạn xơ gan theo phân loại Child Pugh và các giai đoạn UTBMTBG theo phân loại Barcelona. Cần nghiên cứu với số lượng mẫu lớn hơn và theo dõi dọc theo thời gian để đánh giá chính xác vai trò của HBcrAg ở các bệnh nhân VGVRB mạn tính, xơ gan và UTBMTBG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST.** Global epidemiology of hepatitis B virus infection: New estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine*. 2012; 30 (12): 2212-2219.
2. **Kimura T, Rokuhara A, Sakamoto Y, et al.** Sensitive Enzyme Immunoassay for Hepatitis B Virus Core-Related Antigens and Their Correlation to Virus Load. *J Clin Microbiol*. 2002; 40 (2): 439-445.
3. **Mak L-Y, Seto W-K, Fung J, Yuen M-F.** New Biomarkers of Chronic Hepatitis B. *Gut Liver*.

- 2019; 13 (6): 589-595.
4. **Kimura T, Ohno N, Terada N, et al.** Hepatitis B virus DNA-negative Dane particles lack core protein but contain a 22-kDa precore protein without C-terminal arginine-rich domain. *J Biol Chem*. 2005; 280 (23): 21713-21719.
5. **Khảo sát nồng độ HBcrAg của bệnh nhân nhiễm virus viêm gan B mạn tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.** *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; Tập 532; tháng 11, số chuyên đề; 79-86.
6. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan virus B. Ban hành kèm theo quyết định số 3310/QĐ-BYT, ngày 29 tháng 7 năm 2019. Accessed June 21, 2024. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-3310-QĐ-BYT-2019-huong-dan-chan-doan-dieu-tri-benh-viem-gan-vi-rut-B-419819.aspx>
7. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Ban hành kèm theo quyết định 3129/QĐ-BYT ngày 17 tháng 7 năm 2020. Accessed June 21, 2024. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-3129-QĐ-BYT-2020-tai-lieu-Huong-dan-chan-doan-dieu-tri-ung-thu-bieu-mo-te-bao-gan-447851.aspx>
8. **Shun Kaneko, Masayuki Kurosaki, Kento Inada et al.** Hepatitis B core-related antigen predicts disease progression and hepatocellular carcinoma in hepatitis B e antigen-negative chronic hepatitis B patients. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2021.
9. **Wong DKH, Tanaka Y, Lai CL, Mizokami M, Fung J, Yuen MF.** Hepatitis B Virus Core-Related Antigens as Markers for Monitoring Chronic Hepatitis B Infection. *J Clin Microbiol*. 2007; 45 (12): 3942-3947.
10. **Takako Inoue and Yasuhito Tanaka.** The Role of Hepatitis B Core-Related Antigen. *Genes (Basel)*. 2019 May; 10 (5): 357.

SỰ ẢNH HƯỞNG CỦA CÁC TẾ BÀO TRÊN TẾ BÀO AGGER NASI ĐẾN TÌNH TRẠNG VIÊM XOANG TRÁN TRÊN PHIM CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA MINH ĐỨC – BẾN TRE

Mai Võ Kim Thanh¹, Nguyễn Triệu Việt²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cấu trúc giải phẫu vùng xoang trán ngách trán tương đối phức tạp, phân loại giải phẫu xoang trán quốc tế (IFAC) ra đời cung cấp các mô tả rõ ràng hơn về vị trí và mối quan hệ giữa các tế bào (TB) ngách trán. Hiểu rõ mối liên hệ giữa các cấu trúc giải phẫu vùng xoang trán ngách trán và viêm xoang trán là cần thiết giúp cho việc can thiệp vùng này hiệu

quả hơn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định các TB ngách trán theo phân loại quốc tế (IFAC 2016), và tìm hiểu mối liên quan giữa các tế bào trên tế bào agger nasi ảnh hưởng đến tình trạng viêm xoang trán. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên tất cả phim chụp cắt lớp vi tính mũi xoang của những bệnh nhân ≥ 20 tuổi tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Minh Đức – Bến Tre từ tháng 4/2023 đến tháng 2/2024. **Kết quả:** 308 phim chụp cắt lớp vi tính (600 xoang trán) được khảo sát. TB Agger nasi chiếm tỷ lệ cao nhất ở 94,3% trường hợp. Tỷ lệ hiện diện của các TB trên Agger, TB trên Agger trán, TB trên bóng, TB trên bóng trán, TB sàng trên ổ mắt và TB liên vách ngăn lần lượt là 37%, 12,8%, 40,3%, 14,2%, 8,7% và 8,5%. Sự hiện diện của các TB trên Agger nasi trán, TB trên bóng trán, TB sàng trên ổ mắt và TB vách liên xoang trán có liên quan đến sự phát triển của viêm xoang trán. **Kết**

¹Bệnh viện Minh Đức – Bến Tre

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Mai Võ Kim Thanh

Email: mvkimthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024

luận: Trong những trường hợp có hình ảnh viêm xoang trán cho thấy có sự xuất hiện của các TB ngách trán khí hóa vào trong xoang trán có thể gây viêm xoang trán. Khi các tế bào này xuất hiện có thể tác động đến sự dẫn lưu của xoang trán.

Từ khóa: Viêm xoang trán, TB ngách trán, IFAC, tế bào trên Agger

SUMMARY

THE IMPACTS OF SUPRA AGGER NASI CELLS ON FRONTAL SINUSITIS BY USING MULTIPLANAR CT SCAN AT MINH DUC HOSPITAL – BEN TRE

Background: The anatomical structure of the frontal sinus and frontal recess is relatively complex. The International Frontal Sinus Anatomy Classification (IFAC) was developed to provide clearer descriptions of the positions and relationships between the cells in the frontal recess. Understanding the relationship between the anatomical structures of the frontal sinus recess and frontal sinusitis is essential for effective intervention in this area. **Objectives:** This study aims to examine frontal recess cells according to IFAC 2016 and investigate the correlation between the structure of the supra agger nasi cells on frontal sinusitis. **Materials and methods:** This was a prospective, cross-sectional descriptive study on all CT scans of nasal cavities and paranasal sinuses of patients \geq 20 years old at the Examination Department of Minh Duc Hospital - Ben Tre from April 2023 to February 2024. **Results:** 308 CT scans (600 sides) were examined. Agger nasi cells were the most common, seen in 94,3%. The prevalence rates for supra agger cells, supra agger frontal cells, supra bullar frontal cells, supra bullar cells, supra-orbital ethmoid cells and frontal septal cells were 37,%, 12,8%, 40,3%, 14,2%, 8,7% and 8,5%, respectively. The presence of supra agger frontal cells, supra bullar frontal cells, supraorbital ethmoid cells and frontal bullar was significantly associated with the development of frontal sinusitis. **Conclusion:** In cases with imaging showing frontal sinusitis, the presence of frontal recess cells pneumatized into the frontal sinus classified by IFAC may cause frontal sinusitis, When these cells appear, they can affect the drainage of the frontal sinus. **Keywords:** Frontal sinus; frontal recess cells; IFAC; supra agger frontal cells

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấu trúc giải phẫu vùng ngách trán tương đối phức tạp, liên quan đến nhiều cấu trúc quan trọng lân cận, có thể ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng dẫn lưu và thoát dịch của xoang, từ đó làm tăng nguy cơ viêm xoang trán [13]. Phân loại giải phẫu xoang trán quốc tế (International Frontal Sinus Anatomy Classification - IFAC) trên phim CLVT đã được công bố năm 2016 [12] giúp cung cấp một hệ thống danh pháp chi tiết hơn cho các TB (TB) vùng ngách trán, không chỉ giúp việc xác định vị trí của từng TB mà còn hiểu rõ mối quan hệ giữa chúng trong khu vực này. Hiểu được mối liên hệ giữa cấu trúc ngách trán và

viêm xoang trán là cần thiết để đưa ra các phương pháp chẩn đoán và điều trị hiệu quả.

Hiện chưa có nhiều nghiên cứu về cấu trúc giải phẫu ngách trán và sự ảnh hưởng lên tình trạng viêm xoang trán trên phim CLVT của người Việt Nam. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với hai mục tiêu sau:

1. Khảo sát các kiểu tế bào ngách trán theo phân loại IFAC 2016.
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa cấu trúc tế bào trong xoang trán ảnh hưởng đến tình trạng viêm xoang trán trên phim CLVT mũi xoang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên phim chụp CLVT mũi xoang của những bệnh nhân từ 20 tuổi trở lên từ tháng 4/2023 đến tháng 2/2024 tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Minh Đức – Bến Tre.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 20 tuổi trở lên có chụp phim CLVT mũi xoang và hình ảnh không gián đoạn xương hoặc mất xương vùng mũi xoang.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tình trạng dị dạng vùng đầu mặt, thiếu sản xoang trán 2 bên, có tiền sử chấn thương mặt hoặc đang chấn thương vùng mũi xoang, bệnh lý u vùng mũi xoang. Hoặc phim CLVT không đạt yêu cầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, và thực tế chúng tôi thu thập được 308 phim chụp cắt lớp vi tính mũi xoang tương ứng 600 xoang trán được khảo sát.

- **Thu thập số liệu:** Xác định tần suất các TB ngách trán theo IFAC 2016

Viêm xoang trán trên phim CLVT được xác định khi niêm mạc xoang trán dày $>3\text{mm}$.

Xử lý và phân tích số liệu. Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. Chúng tôi sử dụng tần số, tỷ lệ để mô tả biến định tính và sử dụng trung bình, độ lệch chuẩn để mô tả biến định lượng. Sử dụng hồi quy logistic để kiểm tra mối liên quan giữa tình trạng viêm xoang trán với các yếu tố. Mức độ liên quan được đo bằng tỉ số chênh OR, với $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95% không chứa giá trị 1 được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

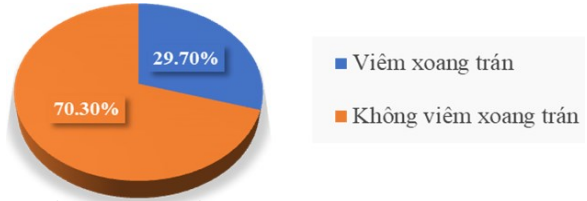
3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

ngiên cứu (n=308)

Đặc điểm chung	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	124 49,3
	Nữ	184 59,7
	20-39 tuổi	95 30,8
	40-64 tuổi	159 51,6
	65 tuổi trở lên	54 17,5
	Tuổi trung bình	48,87±16,13 (Nhỏ nhất: 20; Lớn nhất: 92)

Nhận xét: Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn trong mẫu nghiên cứu. Độ tuổi chủ yếu trong mẫu nghiên cứu là từ 40-64 tuổi, trung bình 48,87 ±16,13 tuổi.



Biểu đồ 1: Biểu đồ phân bố tình trạng viêm xoang trán

Nhận xét: Kết quả cho thấy tình trạng viêm xoang trán chiếm 29,7% và không viêm xoang trán chiếm 70,3%.

3.2. Môi liên quan giữa viêm xoang trán và các cấu trúc giải phẫu ngách trán

Bảng 2. Môi liên quan giữa viêm xoang trán và các loại TB ngách trán (n=600)

Loại TB ngách trán	Tỷ lệ chung (n=600)	Viêm xoang trán (n=98)	Không viêm xoang trán (n=502)	OR (KTC 95%)	p
TB Agger nasi	94,3	16,1%	83,9%	0,739 (0,312 - 1,748)	0,490
TB trên agger nasi	37,2	17,5%	82,5%	1,142 (0,733-1,780)	0,556
TB trên agger nasi trán	12,8	26,0%	74,0%	2,002 (1,140-3,516)	0,014
TB trên bóng	40,3	16,9%	83,1%	1,077 (0,694-1,671)	0,740
TB trên bóng trán	14,2	30,6%	69,4%	2,711 (1,605-4,580)	<0,0001
TB sàng trên ổ mắt	8,7	38,5%	61,5%	3,766 (2,051-6,917)	<0,0001
TB vách liên xoang trán	8,5	27,5%	72,5%	2,095 (1,085-4,042)	0,025

Nhận xét: TB Agger nasi chiếm tỷ lệ cao nhất 94,3%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hiện diện của TB trên agger nasi trán, trên bóng trán, TB sàng trên ổ mắt và TB vách liên xoang trán với viêm xoang trán (p<0,05).

Bảng 3: Môi liên quan giữa sự xuất hiện một nhóm TB và hai nhóm TB so với xuất hiện cùng lúc 3 nhóm TB trong viêm xoang trán

Số lượng nhóm TB	Viêm xoang trán	Không viêm xoang trán	OR KTC 95%	p
	n (%)	n (%)		
Không có TB	3 (15,8%)	16 (84,2%)	0,438 (0,102 -1,883)	0,267
1 Nhóm TB	24 (10,0%)	215 (90,0%)	0,260 (0,107 -0,633)	0,003
2 Nhóm TB	62 (19,9%)	250 (80,1%)	0,579 (0,253- 1,326)	0,196
3 Nhóm TB	9 (30,0%)	21 (70,0%)	-	-

Nhận xét: Ngách trán xuất hiện chỉ 1 nhóm TB có khả năng viêm xoang trán ít hơn khi xuất hiện cùng lúc 3 nhóm TB (p<0,05).

Bảng 4: Môi liên quan giữa sự xuất hiện cùng lúc hai nhóm TB và ba nhóm TB so với xuất hiện chỉ một nhóm TB trong viêm xoang trán

Số lượng nhóm TB	Viêm xoang trán	Không viêm xoang trán	OR KTC 95%	p
	n (%)	n (%)		
1 Nhóm TB	24 (10,0%)	215 (90,0%)	-	-
2 Nhóm TB	62 (19,9%)	250 (80,1%)	2,222 (1,340- 3,682)	0,002
3 Nhóm TB	9 (30,0%)	21 (70,0%)	3,839 (1,581- 9,326)	0,003
Không có TB	3 (15,8%)	16 (84,2%)	1,680 (0,456- 6,183)	0,435

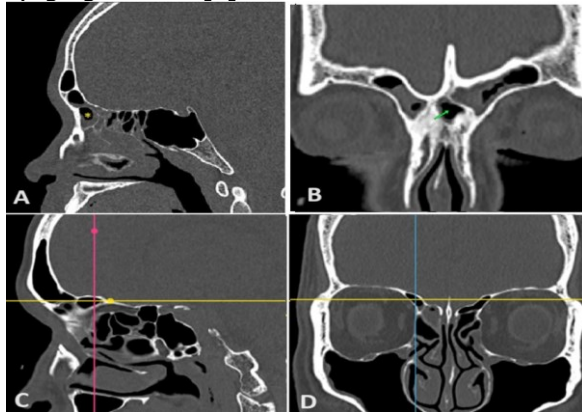
Nhận xét: Ngách trán có sự xuất hiện của 2 nhóm TB có khả năng viêm xoang trán cao hơn gấp 2,222 lần ngách trán có 1 nhóm TB với p= 0,002. Ngách trán có sự xuất hiện của 3 nhóm TB có khả năng viêm xoang trán cao hơn gấp 3,839 lần ngách trán có 1 nhóm TB với p= 0,003. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng viêm xoang trán trong mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 29,7% xoang trán bị viêm trên tổng số 600 xoang trán được khảo sát. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Huu Kien Pham và cộng sự ghi nhận có 24,75% xoang trán viêm trên tổng số 1006 xoang trán [9]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Hashimoto tại Nhật Bản năm 2017 với

42% bị ảnh hưởng bởi viêm xoang trán [2]. Một nghiên cứu khác năm 2018 tại Malaysia, tỉ lệ viêm xoang trán là 32,1% trên 156 bệnh nhân có CT [4]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do khác biệt về chủng tộc và kích cỡ của mẫu nghiên cứu.

4.2. Môi liên quan giữa các TB xoang trán với viêm xoang trán. Phân loại các TB ngách trán theo phân loại quốc tế (IFAC) ra đời dựa trên sự đồng thuận của nhiều tác giả, đơn giản hóa và cụ thể hóa cấu trúc vùng ngách trán. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các TB có khác biệt với các nghiên cứu trước tuy nhiên nhìn chung TB Agger nasi vẫn luôn chiếm tỷ lệ cao nhất trong hầu hết các nghiên cứu (trong nghiên cứu của chúng tôi TB agger nasi chiếm tỷ lệ 94,3%), nghiên cứu của tác giả Johari (2018) và Seth (2020) TB agger nasi đều chiếm tỷ lệ hơn 90%[3], [10]. Điều này cho thấy TB agger nasi là một mốc giải phẫu quan trọng, được xem như chìa khóa trong các can thiệp mở rộng ngách trán [8].



Hình 1: Các tế bào ngách trán khí hóa vào trong xoang trán bị viêm trên phim CLVT mũi xoang

Hình A: TB trên agger nasi trán (dấu sao)

Hình B: TB vách liên xoang trán (Mũi tên)

Hình C,D: TB sàng trên ổ mắt (Dấu thập)

Vùng ngách trán sẽ trở nên hẹp hơn khi có sự xuất hiện của các TB ngách trán khí hóa vào trong xoang trán như TB trên bóng trán, TB agger nasi trán, TB sàng trên ổ mắt hay TB vách liên xoang trán. Chúng tôi ghi nhận trong số trường hợp xoang trán viêm có sự xuất hiện của các TB trên agger nasi trán, TB trên bóng trán, TB sàng trên ổ mắt và TB vách liên xoang trán. Sự xuất hiện các loại TB này khác biệt có ý nghĩa thống kê so với những trường hợp xoang trán không bị viêm. Trong nghiên cứu của tác giả Huu Kien Pham và cộng sự (2021) ghi nhận sự xuất hiện của TB trên agger nasi trán và TB trên

bóng trán có liên quan đến viêm xoang trán. Trong một nghiên cứu ở Đài Loan, tác giả Lien và cộng sự đã khảo sát trên 384 xoang trán và phân loại các TB ngách trán theo Kuhn nhận thấy rằng đường dẫn lưu xoang trán khi có sự xuất hiện của các TB trên bóng, TB sàng trên ổ mắt và TB bóng trán (tương ứng TB trên bóng, TB sàng trên ổ mắt và TB trên bóng trán theo IFAC) có thể có liên quan đến viêm xoang trán.

Khi so sánh sự xuất hiện của cùng lúc hai hoặc ba nhóm TB với một nhóm TB cho thấy ngách trán xuất hiện chỉ một nhóm TB có khả năng viêm xoang trán ít hơn khi xuất hiện cùng lúc ba nhóm TB, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả cũng cho thấy ngách trán có sự xuất hiện của hai nhóm TB có khả năng dẫn đến viêm xoang trán cao hơn gấp 2,22 lần so với ngách trán có một nhóm TB và sự xuất hiện của ba nhóm TB có khả năng viêm xoang trán cao hơn gấp 3,84 lần ngách trán chỉ có một nhóm TB, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Xoang trán có nguồn gốc từ TB sàng, do đó dẫn lưu xoang trán bị ảnh hưởng bởi mức độ khí hóa của mê đạo sàng. TB trên agger nasi trán là TB sàng trước bên kéo dài vào trong xoang trán và TB trên bóng trán xuất phát từ vùng trên bóng khí hóa dọc theo nền sọ vào vùng sau của xoang trán. Khi xuất hiện cùng lúc nhiều TB khí hóa vào ngách trán thì vùng xoang trán càng hẹp ảnh hưởng đến dẫn lưu xoang. Tác giả Jun-Feng Ji cho rằng TB bóng trán loại 2 và loại 3 (tương ứng TB trên agger nasi và TB trên agger nasi trán) là những yếu tố quan trọng gây tắc nghẽn xoang trán [2]. Tuy TB trên agger nasi không khí hóa vào xoang trán nhưng chúng đẩy đường dẫn lưu ra sau, nếu có càng nhiều TB trên agger nasi và nhiều TB xung quanh khác cùng tồn tại trên đường dẫn lưu xoang trán thì ngách trán càng hẹp [9].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên người Việt Nam, kết quả cho thấy tần suất xuất hiện của các TB ngách trán theo IFAC 2016 không hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu trước ở Việt Nam cũng như nước ngoài. Trong các trường hợp có hình ảnh viêm xoang trán cho thấy sự xuất hiện đáng kể của TB trên agger nasi trán, TB trên bóng trán, TB sàng trên ổ mắt và TB vách liên xoang trán, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Việc xuất hiện các kiểu tế bào xoang trán nhất là các tế bào trên tế bào agger nasi có ảnh hưởng tình trạng viêm xoang trán. Do đó, để hiểu rõ hơn về tình trạng viêm xoang trán ngoài cấu trúc giải phẫu vùng ngách trán cũng cần đánh giá

thêm các cấu trúc giải phẫu lân cận cũng như tình trạng viêm niêm mạc trong xoang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hashimoto K, et al. (2017), Influence of opacification in the frontal recess on frontal sinusitis. The Journal of Laryngology & Otology, 131(7), pp. 620-626. ISSN: 0022-2151.
2. Ji Jun-feng, et al. (2014), Isolated frontal sinusitis treated using an anterior-to-ethmoidal bulla surgical approach. Cell biochemistry and biophysics, 70, pp. 1153-1157. ISSN: 1085-9195.
3. Johari Hafizah Husna, et al. (2018), A computed tomographic analysis of frontal recess cells in association with the development of frontal sinusitis. Auris Nasus Larynx, 45(6), pp. 1183-1190. ISSN: 0385-8146.
4. Kemal Özgür, et al. (2021), Frontal recess anatomy and frontal sinusitis association from the perspectives of different classification systems. B-ENT, 17(1), pp. 7-12. ISSN.
5. Kubat Gözde Orhan and Özkan Özen (2023), Frontal Recess Morphology and Frontal Sinus Cell Pneumatization Variations on Chronic Frontal Sinusitis. B-ENT, 19(1), pp. 2-8. ISSN: 1781-782X.
6. Lai Wen-Sen, et al. (2014), The association of frontal recess anatomy and mucosal disease on the presence of chronic frontal sinusitis: a computed tomographic analysis. Rhinology, 52(3), pp. 208-214. ISSN: 0300-0729.
7. Otto Kristen J and John M DelGaudio (2010), Operative findings in the frontal recess at time of revision surgery. American journal of otolaryngology, 31(3), pp. 175-180. ISSN: 0196-0709.
8. Peter John Wormald (2003), The agger nasi cell: the key to understanding the anatomy of the frontal recess. Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 129(5), pp. 497-507. ISSN: 0194-5998.
9. Pham Huu Kien, et al. (2021), Multiplanar computed tomographic analysis of frontal cells according to international frontal sinus anatomy classification and their relation to frontal sinusitis. Reports in Medical Imaging, pp. 1-7. ISSN: 1179-1586.
10. Seth N, et al. (2020), Computed tomographic analysis of the prevalence of International Frontal Sinus Anatomy Classification cells and their association with frontal sinusitis. The Journal of Laryngology & Otology, 134(10), pp. 887-894. ISSN: 0022-2151.

NGHIÊN CỨU YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY Ở BỆNH NHÂN BỎNG NẶNG

Trần Đình Hùng^{1,2}, Trần Thị Diệu Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân bỏng nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu trên 124 bệnh nhân bỏng nặng nhập viện trong vòng 24 giờ sau bỏng, có thông khí nhân tạo xâm nhập tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023. Viêm phổi liên quan thở máy được chẩn đoán theo Hiệp hội bỏng Quốc tế 2018. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm, nhóm có biến chứng và nhóm không có biến chứng viêm phổi liên quan thở máy. Các chỉ tiêu nghiên cứu được so giữa 2 nhóm, phân tích đa biến để tìm ra yếu tố nguy cơ độc lập liên quan viêm phổi liên quan thở máy. **Kết quả:** Ở nhóm bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy, các chỉ số tiên lượng bệnh nhân bỏng như diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, chỉ số bỏng, bỏng hô hấp đều cao hơn nhóm không viêm phổi liên quan thở máy ($p < 0,001$). Về vị trí bỏng, chỉ có bệnh nhân bỏng vùng lưng có tỷ lệ mắc viêm phổi liên quan đến thở máy lớn hơn nhóm không mắc ($p < 0,05$). Phân tích đa

biến cho thấy, bỏng hô hấp là yếu tố nguy cơ độc lập gây viêm phổi liên quan thở máy. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng có viêm phổi liên quan thở máy là 73,24%. **Kết luận:** Viêm phổi liên quan thở máy là biến chứng nặng với tỷ lệ tử vong cao trên bệnh nhân bỏng nặng. Bỏng hô hấp là yếu tố nguy cơ độc lập với viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân bỏng nặng. **Từ khóa:** viêm phổi liên quan thở máy, bỏng

SUMMARY

RISK FACTORS AND RESULTS OF MECHANICAL VENTILATION-ASSOCIATED PNEUMONIA IN SEVERE BURN PATIENTS

Objectives: Determine risk factors and results of ventilator-associated pneumonia in severe burn patients. **Subjects and methods:** Prospective study was conducted on 124 severe burn patients with invasive ventilation, treated in the ICU at the Le Huu Trac National burns Hospital from 1/2021 to 12/2023. Ventilator-associated pneumonia was diagnosed according to the International Burn Association 2018. Patients were divided into 2 groups, with or without ventilator-associated pneumonia. The criteria were compared between the 2 groups. **Results:** In the group of burn patients with ventilator-associated pneumonia, the prognostic indicators of burn patients such as burn area, deep burn area, burn index, and inhalation injury were all higher than the group without ventilator-associated pneumonia ($p < 0.001$). Regarding burn location, only patients with back burns had a higher incidence of ventilator-related pneumonia

¹Bệnh viện Bỏng quốc gia

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Hùng

Email: drtrandinhhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024