

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VÀ CHỤP MẠCH MÁU SỐ HÓA XÓA NỀN TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN GÂY HO RA MÁU

Trần Minh Hoàng¹, Lại Diệp Thanh Hải¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Ho ra máu là triệu chứng nguy hiểm khá thường gặp tại Việt Nam. Kết quả điều trị ho ra máu và nguy cơ tái phát phụ thuộc vào nguyên nhân, mức độ ho ra máu và phương pháp điều trị nên việc chẩn đoán sớm mức độ, vị trí tổn thương và nguyên nhân gây ho ra máu rất cần thiết. Các phương tiện hình ảnh học, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và chụp mạch máu số hóa xóa nền (digital subtraction angiography – DSA) có vai trò quan trọng trong việc gợi ý vị trí chảy máu cũng như nguyên nhân gây ho ra máu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và chụp mạch máu số hóa xóa nền trong chẩn đoán nguyên nhân gây ho ra máu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu trên 55 bệnh nhân ho ra máu điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh từ 1/2021 đến 06/2023. Phân tích, so sánh đặc điểm hình ảnh trên chụp cắt lớp vi tính và chụp mạch máu số hóa xóa nền giữa các nguyên nhân gây ho ra máu. Từ đó xác định giá trị của chụp cắt lớp vi tính và chụp mạch máu số hóa xóa nền trong chẩn đoán nguyên nhân gây ho ra máu. **Kết quả:** Chụp cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán chính xác vị trí tổn thương gây ho ra máu ở 94,5% trường hợp và nguyên nhân gây ho ra máu ở 80% trường hợp. Các đặc điểm hình ảnh có giá trị cao trong chẩn đoán nguyên nhân gây ho ra máu là tổn thương dạng khối, tổn thương dạng hang, dấu hiệu “liềm khí”, tổn thương giãn phế quản. **Kết luận:** Chụp cắt lớp vi tính và chụp mạch máu số hóa xóa nền có giá trị cao trong chẩn đoán vị trí tổn thương và nguyên nhân gây ho ra máu. **Từ khóa:** Ho ra máu, chụp cắt lớp vi tính, chụp mạch máu số hóa xóa nền.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF COMPUTED TOMOGRAPHY AND DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY IN DIAGNOSING THE CAUSE OF HEMOPTYSIS

Introduction: Hemoptysis is a dangerous symptom that is quite common in Vietnam. The results of hemoptysis treatment and the risk of recurrence depend on the cause, severity of hemoptysis and treatment method, so early diagnosis of the severity, location of damage and cause of hemoptysis is very important. Diagnostic imaging tools, especially computed tomography and digital subtraction

angiography, play an important role in suggesting the location of bleeding as well as the cause of hemoptysis with high accuracy. **Objective:** Survey of imaging characteristics of computed tomography and digital subtraction angiography (DSA) in diagnosing the cause of hemoptysis. **Methods:** This is a retrospective cross-sectional study including 55 patients with hemoptysis treated at Cho Ray Hospital and University Medical Center HCMC from January 2021 to June 2023. Analyze and compare image characteristics on computed tomography and digital subtraction angiography between causes of hemoptysis. From there, determine the value of computed tomography and digital subtraction angiography in diagnosing the cause of hemoptysis. **Results:** Computed tomography helps accurately diagnose the location of the lesion causing hemoptysis in 94.5% of cases and the cause of hemoptysis in 80% of cases. Imaging features of high value in diagnosing the cause of hemoptysis are mass lesions, cavitory lesions, “air crescent” signs, and bronchiectasis lesions. **Conclusion:** Computed tomography and digital subtraction angiography are highly valuable in diagnosing the location of bleeding sites and the cause of hemoptysis.

Keywords: Hemoptysis, computed tomography, digital subtraction angiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho ra máu (HRM) là một triệu chứng nguy hiểm khá thường gặp tại Việt Nam. Các phương tiện hình ảnh học, đặc biệt là chụp CLVT và chụp DSA có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân và điều trị HRM. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm hình ảnh chụp CLVT và chụp DSA trong chẩn đoán nguyên nhân gây HRM.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có triệu chứng HRM, nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ 01/01/2021 đến 30/06/2023.

• **Tiêu chuẩn chọn vào:** Bệnh nhân có hình ảnh chụp CLVT ngực có tiềm thuốc cản quang sau khi có triệu chứng HRM và được chỉ định làm can thiệp nội mạch.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không có hình chụp CLVT ngực của bệnh nhân trước khi được can thiệp nội mạch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, hồi cứu.

¹Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Hoàng

Email: drtranminhhoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

Phương pháp thực hiện. Hình ảnh CLVT được thực hiện trên máy CLVT Siemens 64 và 128 lát cắt. Trường quét từ vùng cổ thấp đến động mạch thân tạng. Chất tương phản dẫn xuất Iod được tiêm qua đường tĩnh mạch bằng bơm tiêm tự động. Liều: 80 – 100 ml, nồng độ 300 – 350 mgI/ml, tốc độ tiêm là 4 – 5 ml/s (nếu chụp cắt lớp vi tính mạch máu – CTA) hoặc 1,5 – 2,5 ml/giây (nếu chỉ chụp thì tĩnh mạch). Đối với CTA, thời gian chụp sau tiêm thuốc là 15 – 20s hoặc dùng kỹ thuật “bolus tracking” (đặt cửa sổ đo đậm độ ở đoạn giữa ĐM chủ ngực đoạn xuống, ngưỡng 100 – 120 HU). Đối với chụp thì tĩnh mạch thì thời gian chụp sau tiêm thuốc là 65 – 70 giây.

Hình chụp DSA trong nghiên cứu được thực hiện bởi máy chụp mạch máu số hóa xóa nền 1 bình diện Artis Zee của hãng Siemens. Kỹ thuật chụp: (1) Gây tê vùng bẹn phải bằng Lidocain

2%, chọc ĐM đùi và luồn ống thông vào lòng mạch (5F) theo phương pháp Seldinger; (2) Luồn ống thông Pigtail 5F đến vị trí động mạch (ĐM) chủ ngực đoạn xuống, chụp ghi hình ĐM chủ ngực, khảo sát gốc xuất phát của ĐM phế quản (ĐMPQ). Ghi nhận những nhánh nuôi phổi xuất phát từ các ĐM khác (ĐM ngực trong, ĐM liên sườn, ĐM thân sườn cổ, ĐM dưới đòn,...). Nếu không phát hiện bất thường, tiến hành chụp ĐMP để chẩn đoán.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 55 bệnh nhân; gồm 19 nữ và 36 nam. Tuổi trung bình là 55,4 ± 19. Các nguyên nhân gây HRM gồm lao phổi (32,7%), u nấm phổi (20%), giãn phế quản (16,4%), nhiễm trùng hô hấp dưới (16,4%), ung thư phổi (9,1%) và 3 trường hợp (5,5%) không xác định được nguyên nhân.

Bảng 1. Các bất thường nhu mô phổi, đường dẫn khí, màng phổi trên CLVT

	Tần số (n=55)	Hiện diện ở nhiều thùy phổi (≥2)	Hiện diện ở phổi hai bên	
Tổn thương kính mờ	39 (70,9%)	30 (54,6%)	18 (32,7%)	
Tổn thương đồng đặc	28 (50,9%)	12 (21,8%)	6 (10,9%)	
Tổn thương dạng nốt	28 (50,9%)	20 (36,4%)	17 (30,9%)	
Tổn thương đặc hiệu	Tổn thương giãn phế quản	21 (38,2%)	12 (21,8%)	9 (16,4%)
	Dấu hiệu “liềm khí”	11 (20%)	5 (9,1%)	2 (3,6%)
	Tổn thương dạng hang	21 (38,2%)	8 (14,6%)	2 (3,6%)
	Tổn thương dạng khối	3 (5,5%)	1 (1,8%)	0
Hình ảnh máu trong lòng phế quản	21 (38,2%)	13 (23,6%)	1 (1,8%)	
Dấu hiệu “dày màng phổi”	26 (47,3%)	15 (27,3%)	8 (14,6%)	

Bảng 2. So sánh các bất thường trên CLVT theo nguyên nhân.

Hình ảnh CLVT	Nguyên nhân gây ho ra máu					Giá trị p (phép kiểm Fisher)
	Lao phổi (n ₁ =18)	U nấm phổi (n ₂ =11)	Giãn phế quản (n ₃ =9)	Nhiễm trùng hô hấp dưới (n ₄ =9)	Ung thư phổi (n ₅ =5)	
Tổn thương kính mờ	15	6	4	8	3	0,13
Tổn thương đồng đặc	13	4	0	6	2	0,22
Tổn thương dạng nốt	11	6	7	2	2	0,18
Tổn thương dạng khối	0	0	0	0	3	< 0,001
Tổn thương dạng hang	13	2	0	4	2	0,001
Tổn thương giãn phế quản	6	5	9	1	0	< 0,001
Dấu hiệu “liềm khí”	2	9	0	0	0	< 0,001
Hình ảnh máu trong lòng phế quản	9	2	3	5	1	0,3
Dấu hiệu “dày màng phổi”	9	8	5	1	3	0,08

Tỷ lệ tổn thương kính mờ, tổn thương đồng đặc, tổn thương dạng nốt, hình ảnh máu trong lòng phế quản và dấu hiệu “dày màng phổi” không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nguyên nhân (p > 0,05). Tổn thương dạng khối, dấu hiệu “liềm khí” và tổn thương giãn phế quản

lần lượt có tỷ lệ khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguyên nhân ung thư phổi, u nấm phổi và giãn phế quản so với các nguyên nhân còn lại. Tỷ lệ tổn thương dạng hang của lao phổi khác biệt có ý nghĩa thống kê so với giãn phế quản và u nấm phổi (p < 0,001; phép kiểm Fisher).

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương dạng hang giữa nguyên nhân lành tính và ác tính

	Nguyên nhân	Giá trị p (phép kiểm Fisher)
--	-------------	------------------------------

	Lành tính (n ₁ =19)	Ác tính (n ₂ =2)	kiểm Fisher)	
Bờ ngoài thành hang không đều	13	2	1,0	
Bờ trong thành hang không đều	5	2	0,1	
Thành hang dày (>15 mm)	0	2	0,005	
Tổn thương xung quanh	Tổn thương kính mờ	17	2	1,0
	Tổn thương đông đặc	8	2	0,21
	Tổn thương giãn phế quản	9	0	0,48
	Tổn thương dạng nốt	14	1	0,5

Để phân biệt tổn thương dạng hang do nguyên nhân lành hay ác tính, chúng tôi khảo sát thêm đặc điểm của thành hang và các tổn thương xung quanh. Kết quả là đặc điểm thành hang dày có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nguyên nhân. Để phân biệt tổn thương dạng hang do lao hay nhiễm trùng hô

hấp dưới, chúng tôi khảo sát vị trí tổn thương. Kết quả tỷ lệ tổn thương dạng hang ở vị trí đặc biệt (gồm phân thùy đỉnh và phân thùy sau của thùy trên; phân thùy đỉnh của thùy sau của phổi mỗi bên) ở nguyên nhân lao phổi (13/13) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhiễm trùng hô hấp dưới (2/4) (p = 0,044; phép kiểm Fisher).

Bảng 4. Các bất thường mạch máu trên CLVT

Nguồn xuất phát mạch máu bất thường	Không chụp CTA		Chụp CTA	
	Số mạch máu bất thường trên CLVT	Số mạch máu bất thường trên DSA	Số mạch máu bất thường trên CLVT	Số mạch máu bất thường trên DSA
ĐMPQ	14	56	34	34
ĐMHTKPQ	6	30	8	10
ĐMP	1	1	2	2

Trong nghiên cứu, có 20 bệnh nhân được chụp CTA và 35 bệnh nhân không được chụp CTA. Trong đó chụp CTA phát hiện được 95,5% mạch máu bất thường xuất phát từ ĐM hệ thống, trong khi chụp CLVT ngực có tiêm thuốc thông thường phát hiện được 23,3% mạch máu bất thường xuất phát từ ĐM hệ thống. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Trong nghiên cứu, có 69,1% bệnh nhân được chụp ĐMPQ và ĐMHTKPQ hai bên, có 3 bệnh nhân được khảo sát ĐMP trên DSA. Kết quả là

96,4% có ĐMPQ bất thường, 41,8% có ĐMHTKPQ bất thường và 5,5% có ĐMP bất thường. Số lượng mạch máu bất thường được phát hiện trên hình DSA là 133 mạch máu, trong đó có 90 ĐMPQ bất thường, 40 ĐMHTKPQ bất thường và 3 ĐMP bất thường. Tổng số mạch máu bất thường trung bình trên một bệnh nhân là 2,42 ± 1,29 mạch máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các bất thường trên hình DSA giữa các nguyên nhân gây HRM (p > 0,05)

Bảng 5. Tương quan giữa bất thường trên CLVT với vị trí gợi ý xuất huyết trên hình DSA

Tổn thương trên CLVT	Số vùng tổn thương trên CLVT	Số vùng tổn thương đồng vị trí với vị trí gợi ý xuất huyết trên hình DSA	Hệ số Kappa	Giá trị p
Tổn thương kính mờ	115	54	0,38	< 0,001
Tổn thương đông đặc	54	39	0,6	< 0,001
Tổn thương dạng hang	30	27	0,84	< 0,001
Tổn thương giãn phế quản	42	29	0,56	< 0,001
Dấu hiệu "liềm khí"	18	14	0,72	< 0,001
Tổn thương dạng nốt	91	32	0,26	< 0,001
Tổn thương dạng khối	3	3	-	-
Hình ảnh máu trong lòng phế quản	43	30	0,56	< 0,001
Tổn thương đông đặc xung quanh tổn thương đặc hiệu	19	18	0,92	< 0,001
Tổn thương kính mờ xung quanh tổn thương đặc hiệu	34	31	0,86	< 0,001

Để so sánh với vị trí gợi ý xuất huyết trên hình DSA, trên CLVT chúng tôi cũng chia phổi mỗi bên làm 3 vùng (1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới) để đối chiếu. Kết quả là các tổn thương có tỷ lệ cao nhất cùng vị trí với vị trí gợi ý xuất

huyết trên hình DSA gồm tổn thương dạng khối (100%), tổn thương đông đặc xung quanh tổn thương đặc hiệu (94,7%) và tổn thương kính mờ xung quanh tổn thương đặc hiệu (91,2%).

IV. BÀN LUẬN

Chụp CLVT rất có giá trị trong chẩn đoán vị trí xuất huyết và nguyên nhân gây HRM. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, chụp CLVT có thể chẩn đoán chính xác 63 – 100% vị trí tổn thương gây HRM^{1,2}. Theo tác giả Seon³, chụp CLVT giúp chẩn đoán chính xác vị trí tổn thương gây HRM ở 95,2% trường hợp và có chỉ số đồng thuận rất tốt trong chẩn đoán vị trí xuất huyết khi so sánh với nội soi phế quản (chỉ số Kappa = 0,904). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với 94,5% trường hợp chẩn đoán chính xác vị trí tổn thương gây HRM. Trong đó các tổn thương có giá trị trong chẩn đoán vị trí xuất huyết gồm tổn thương dạng hang, tổn thương dạng khối, dấu hiệu “liềm khí”, tổn thương kính mờ và tổn thương đồng đặc quanh tổn thương đặc hiệu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị chẩn đoán vị trí xuất huyết của chụp CTA và chụp CLVT thông thường khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên chụp CTA lại giúp phát hiện các mạch máu bất thường trước can thiệp tốt hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Pei – Jun Li⁴ và Lê Hữu Ý⁵. Điều này rất quan trọng vì giúp các nhà can thiệp có thể biết được vị trí, đường đi của các mạch máu bất thường thực hiện tắc mạch, giảm nguy cơ HRM tái phát, giảm thời gian thực hiện can thiệp, giảm biến chứng khi dò tìm các mạch máu bất thường.

Ngoài vị trí xuất huyết, CLVT còn giúp chẩn đoán nguyên nhân gây HRM. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, chụp CLVT giúp chẩn đoán chính xác 83 – 94% nguyên nhân gây HRM^{6,7}. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với 80% trường hợp chẩn đoán chính xác nguyên nhân trên CLVT. Các đặc điểm hình ảnh có giá trị trong chẩn đoán nguyên nhân HRM gồm tổn thương dạng hang (giúp chẩn đoán các nguyên nhân lao phổi, nhiễm trùng hô hấp dưới, ung thư phổi; trong đó đặc điểm thành hang dày giúp gợi ý tổn thương dạng hang do nguyên nhân ác tính; tổn thương dạng hang ở vị trí đặc biệt giúp gợi ý nguyên nhân do lao phổi hơn so với nhiễm trùng hô hấp dưới), tổn thương dạng khối (giúp gợi ý nguyên nhân ung thư phổi), dấu hiệu “liềm khí” (giúp gợi ý nguyên nhân u nấm phổi) và tổn thương giãn phế quản (giúp gợi ý nguyên nhân giãn phế quản). Trong đó các nguyên nhân dễ gây nhầm lẫn trong chẩn đoán trên CLVT là lao phổi, nhiễm trùng hô hấp dưới và u nấm phổi do có các đặc điểm hình ảnh chồng lấp với nhau.

Các bất thường trên hình chụp DSA giúp thấy rõ vùng nhu mô phổi bị xuất huyết cũng như xác định gốc xuất phát, vị trí, đường đi của các mạch máu bất thường, từ đó giúp các bác sĩ lên kế hoạch điều trị. Số lượng mạch máu bất thường trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $2,42 \pm 1,29$ mạch máu, tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Pei – Jun Li⁴ và Lê Hữu Ý⁵. Mặc dù chẩn đoán tốt vị trí xuất huyết và giúp can thiệp điều trị, tuy nhiên các đặc điểm hình ảnh trên hình chụp DSA lại không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nguyên nhân gây.

V. KẾT LUẬN

Chụp CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán vị trí tổn thương và nguyên nhân gây HRM. Trong đó chụp CTA có giá trị cao hơn chụp CLVT có tiêm thuốc thông thường trong phát hiện các mạch máu bất thường trước can thiệp. Chụp DSA giúp chẩn đoán vị trí xuất huyết và can thiệp điều trị, tuy nhiên các đặc điểm trên hình chụp DSA không giúp phân biệt giữa các nguyên nhân gây HRM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kaitlin M. Marquis, Constantine A. Raptis, M. Zak Rajput, et al.** CT for Evaluation of Hemoptysis. *Radiographics*. 2021;41(3):742-761.
2. **Anna Rita Larici, Paola Franchi, Mariaelena Occhipinti, et al.** Diagnosis and management of hemoptysis. *Diagnostic and interventional radiology*. 2014;20(4):299-309.
3. **Seon Hyun Ju, Kim Yun-Hyeon, Kwon Yong-Soo.** Localization of bleeding sites in patients with hemoptysis based on their chest computed tomography findings: a retrospective cohort study. 2016;16(1):1-6.
4. **Li P-J, Yu H, Wang Y, et al.** Multidetector computed tomography angiography prior to bronchial artery embolization helps detect culprit ectopic bronchial arteries and non-bronchial systemic arteries originating from subclavian and internal mammary arteries and improve hemoptysis-free early survival rate in patients with hemoptysis. 2019;29:1950-1958.
5. **Huu Y Le, Van Nam Le, Ngoc Hung Pham, Anh Tuan Phung, Thanh Tung Nguyen, Quyet Do.** Value of multidetector computed tomography angiography before bronchial artery embolization in hemoptysis management and early recurrence prediction: a prospective study. *BMC Pulmonary Medicine*. 2020;20(1):1-10.
6. **Agmy GM, Wafy SM, Mohamed SA, et al.** Bronchial and nonbronchial systemic artery embolization in management of hemoptysis: experience with 348 patients. 2013;2013
7. **Kathryn M. Olsen, Shawdi Manouchehrpour, Edwin F. Donnelly, et al.** ACR appropriateness criteria® hemoptysis. *Journal of the American College of Radiology*. 2020; 17(5):S148-S159.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TỊT CỬA MŨI SAU BẨM SINH Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Diệu Yến¹, Phí Thị Quỳnh Anh², Phạm Tuấn Cảnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh lý tịt cửa mũi sau bẩm sinh ở trẻ em giai đoạn 2018 đến 2024 tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát mô tả chùm ca bệnh trên 20 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tịt cửa mũi sau bẩm sinh trong thời gian từ 1/1/2018-1/8/2024 tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** tỉ lệ nam : nữ là 1 : 1,5; tỉ lệ sinh đủ tháng là 85%; Nội soi TMH : tỉ lệ tịt cửa mũi sau 2 bên : 1 bên là 1,5 : 1; tịt bên phải : bên trái là 37,5% : 62,5%. Hình ảnh CLVT: tịt cửa mũi sau thể hỗn hợp màng và xương 80%, tịt màng là 15%, tịt xương là 5%. Triệu chứng cơ năng chủ yếu hay gặp nhất là ngạt mũi thường xuyên (90%). Tịt cửa mũi sau 2 bên hay gặp nhất là ngạt mũi thường xuyên (91,7%) và bú ngắt quãng (91,7%), tịt cửa mũi sau 1 bên thường gặp nhất là ngạt mũi thường xuyên (87,5%). Bệnh nhân mắc dị tật đi kèm chiếm 60% trong đó dị tật tim chiếm 30%. **Kết luận:** tỉ lệ mắc tịt cửa mũi sau bẩm sinh ở nữ nhiều hơn nam; tịt cửa mũi sau 2 bên nhiều hơn tịt 1 bên, tịt bên trái nhiều hơn bên phải; thể tịt hỗn hợp màng- xương chiếm đa số. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ngạt mũi thường xuyên. Triệu chứng thực thể hay gặp là nhỏ xanh methylen và đặt sonde không qua cửa mũi sau, thử gương thanh quản trước cửa mũi không thấy hơi thở. Đa số bệnh nhân có dị tật khác kèm theo và hay gặp nhất là dị tật tim.

Từ khóa: Choanal Atresia

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND IMAGING DIAGNOSIS OF CONGENITAL NASAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

Objective: To describe the clinical characteristics and imaging diagnosis of congenital choanal atresia in children from 2018 to 2024 at the Vietnam National Children's Hospital. **Research Method:** A descriptive observational study of a case series involving 20 patients diagnosed and surgically treated for congenital choanal atresia between January 1, 2018, and August 1, 2024, at the Vietnam National Children's Hospital. **Results:** The male to female ratio was 1:1.5; the rate of full-term births was 85%. Endoscopic examination showed a bilateral atresia to unilateral atresia ratio of 1.5:1; right-sided atresia to

left-sided atresia was 37.5%:62.5%. CT imaging revealed mixed membrane and bone atresia in 80%, membrane atresia in 15%, and bone atresia in 5%. The most common functional symptom was frequent nasal obstruction (90%). Bilateral choanal atresia was most commonly associated with frequent nasal obstruction (91.7%) and intermittent feeding (91.7%), while unilateral choanal atresia was most commonly associated with frequent nasal obstruction (87.5%). Patients with associated congenital anomalies accounted for 60%, with cardiac anomalies comprising 30%. **Conclusion:** The incidence in females is higher than in males; bilateral choanal atresia is more common than unilateral, with left-sided atresia more prevalent than right-sided; mixed membrane-bone atresia is the most common type. The most frequently encountered functional symptom is frequent nasal obstruction. The most common physical signs are methylene blue staining and the inability to pass a catheter through the choana, with no mist observed during laryngoscope examination at the choana. The majority of patients have associated anomalies, with cardiac defects being the most common.

Keywords: Choanal Atresia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tịt cửa mũi sau bẩm sinh là tình trạng không có sự thông thương giữa cửa mũi sau với vòm mũi họng do cửa mũi sau bị bít bởi màng, sụn hoặc xương. Đây là một rối loạn do sự đóng kín của cửa mũi sau trong quá trình phát triển của bào thai. Tịt cửa mũi sau xuất hiện với tỉ lệ thấp, ít gặp trên lâm sàng nhưng có thể gây nên tình trạng cấp cứu ở trẻ sơ sinh. Chẩn đoán tịt cửa mũi sau bẩm sinh ở trẻ em chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng kết hợp với hình ảnh CLVT và nội soi. Trên thế giới đã có nhiều tài liệu mô tả về dị tật này về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp điều trị. Ở Việt Nam có ít nghiên cứu về bệnh lý này nên các bác sĩ vẫn còn khá lúng túng trong việc tiếp cận chẩn đoán để có thể xử trí kịp thời cũng như có phương pháp can thiệp phù hợp và hiệu quả. Xuất phát từ tình hình thực tiễn, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của tịt cửa mũi sau bẩm sinh ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm bệnh nhân lứa tuổi dưới 15 tuổi, đủ tiêu chuẩn được khám và điều trị phẫu thuật từ tháng 1/2018 đến tháng 8/2024 tại Bệnh viện Nhi Trung ương

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Yến

Email: dieuyen.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 14.2.2025