

"Tôi thông báo với gia đình và bạn bè mình về kế hoạch điều trị bệnh thận (ví dụ: thay đổi thuốc sử dụng, thay đổi lối sống)" có giá trị thấp $M \pm SD = 1,89 \pm 0,54$ [12]. Việc thiếu người chăm sóc khiến người bệnh mất động lực, không tuân thủ và khó duy trì tình trạng sức khỏe vì không có người chăm sóc. Tiếp đến về tuân thủ chế độ ăn lành mạnh có điểm trung bình phân bố khá đều giữa các mục. Có mức độ chăm sóc tốt khác hẳn ba yếu tố trên cho thấy người bệnh có nhận thức về việc tuân thủ chế độ ăn lành mạnh như không ăn mặn, không hút thuốc, không ăn các thức ăn có chứa nhiều dầu mỡ. So với nghiên cứu Nguyễn Thị Nguyệt "Tôi thực hiện chế độ ăn kiêng theo lời khuyên của bác sĩ và điều dưỡng" trung bình $M \pm SD = 3,06 \pm 0,55$. Tôi thực hiện theo lời khuyên của bác sĩ và điều dưỡng về một chế độ ăn uống hợp lý có giá trị trung bình $M \pm SD = 2,93 \pm 0,55$ [12]. Có sự khác biệt giữa kết quả của các nghiên cứu bởi sự khác biệt về đối tượng tham gia, khác nhau về môi trường sống, những tác động xung quanh như gia đình, người thân, xã hội, kinh tế, trình độ nhận thức cũng như ý thức của mỗi người.

Hạn chế nghiên cứu. Một số hạn chế của nghiên cứu như nghiên cứu mô tả với cỡ mẫu nhỏ ($n=101$) nên một số yếu tố chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và được đánh giá chi tiết trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra phần lớn nguyên nhân gây ra suy thận là do viêm cầu thận, nhóm bệnh kèm theo đa phần là tim mạch và nội tiết. Thực trạng tự quản chăm sóc của người bệnh thận lọc máu chu kỳ đang có mức chăm sóc chưa tốt nên cần tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh và tập trung chủ yếu tư vấn cho người bệnh về bệnh viêm cầu thận cách tự quản chăm sóc để hạn

chế biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh học Nội khoa tập 1** (2012). "Bệnh thận mạn và suy thận mạn tính định nghĩa và chẩn đoán", Nhà Xuất bản Y học, trang 398 - 425
2. **Dung Đình Thị Kim và cộng sự.** (2013), Xây dựng và đánh giá hiệu quả một số phác đồ phòng ngừa sự tiến triển của bệnh lý cầu thận mạn tính tại cộng đồng.
3. **Hà Nguyễn Thị Thu** (2020), "Khả năng tư vấn chăm sóc và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường tại bệnh viện Đa khoa Đức Giang"
4. **Lướt Đình Thi** (2019), "Nghiên cứu một số chỉ số đánh giá kết quả điều trị, chất lượng cuộc sống ở BN BTMT được lọc máu bằng thận nhân tạo và lọc màng bụng" Luận văn Thạc sĩ Điều Dưỡng, Trường Đại học Thăng Long
5. **Sợi Nguyễn Thị** (2023), "Thay đổi sự tuân thủ điều trị và tự chăm sóc của người bệnh có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2023", Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Đại học Thăng Long.
6. **Sơn Vũ Hoài** (2024), "Hoạt động chăm sóc điều dưỡng người bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2023", Luận văn Thạc sĩ Điều Dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
7. **Csaba P. Kovesdy**, Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022, Kidney International Supplements, Volume 12, Issue 1, 2022 Pages 7-11
8. **Gela D., Mengistu D.** Self-management and associated factors among patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis at health facilities in Addis Ababa, Ethiopia. International journal of nephrology and renovascular disease.
9. **Naumen NT. Doualas C. Bonner A.** Psychometric evaluation of the culturally and linguistically translated Vietnamese chronic kidney disease self-management instrument. Int J Nurs Pract. 2019 Jun
10. **Naumen, Thi Nuyet** (2018). "Self-management program for people with chronic kidney disease in Vietnam: A pragmatic randomised controlled trial" PhD thesis, Queensland University of Technology

YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ VI SINH HỌC U NHẦY CÁC XOANG CẠNH MŨI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ 2018 ĐẾN 2023

Trần Anh Bích¹, Trần Duy Hiếu²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Duy Hiếu

Email: hieutranduy97@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm liên quan yếu tố nguy cơ và kết quả nuôi cấy vi khuẩn dịch u nhầy các xoang cạnh mũi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 93 người trưởng thành được chẩn đoán và điều trị u nhầy các xoang cạnh mũi tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian 5 năm (từ tháng 01/2018 – 07/2023). **Kết quả:** Tiền căn phẫu thuật mũi xoang là tiền căn liên quan chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,54%. 32,26% bệnh nhân không có tiền căn bệnh lý liên quan u nhầy các xoang cạnh mũi. 16,12% dịch u nhầy cấy dương tính với chủ yếu là vi khuẩn hiếu khí như

Staphylococcus aureus và *Corynebacterium pseudodiphtheriticum* và không ghi nhận trường hợp nào cấy vi khuẩn kỵ khí dương tính. **Kết luận:** U nhầy các xoang cạnh mũi chủ yếu liên quan tiền căn phẫu thuật mũi xoang với thời gian từ lúc phẫu thuật đến khi chẩn đoán bệnh đa phần kéo dài và dao động lớn giữa các trường hợp. Kết quả nuôi cấy vi sinh cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng u nhầy không cao, chủ yếu do vi khuẩn hiếu khí. **Từ khóa:** U nhầy các xoang cạnh mũi, u nhầy nhiễm trùng.

SUMMARY

RISK FACTORS AND MICROBIOLOGY OF PARANASAL SINUS MUCOCELES AT CHO RAY HOSPITAL FROM 2018 TO 2023

Objective: To describe the characteristics related to risk factors and the bacterial culture results of mucocoeles in the paranasal sinuses. **Methods:** A descriptive study was conducted on 93 adult patients diagnosed and treated for paranasal sinus mucocoeles at Cho Ray Hospital over a period of five years (from January 2018 to July 2023). **Results:** A history of sinonasal surgery was the most common associated factor, accounting for 50.54%, particularly in patients with frontal and frontoethmoidal mucocoeles. Additionally, 32.26% of patients had no prior medical history related to paranasal sinus mucocoeles. Bacterial culture of mucocoeles was positive in 16.12% of cases, predominantly showing aerobic bacteria such as *Staphylococcus aureus* and *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*, with no cases of anaerobic bacterial growth recorded. **Conclusion:** Paranasal sinus mucocoeles are primarily associated with a history of sinonasal surgery, with a prolonged and highly variable time interval between surgery and diagnosis. Bacterial culture results indicate a low infection rate, predominantly involving aerobic bacteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhầy các xoang cạnh mũi xảy ra do sự tích tụ và ứ đọng chất nhầy trong lòng các xoang do tắc nghẽn lỗ thông xoang. Ngày nay, bệnh lý này ngày càng trở nên phổ biến với các triệu chứng âm thầm khiến bệnh nhân thường đến khám ở giai đoạn muộn. U nhầy nhiễm trùng (mucopyocoele) có thể do tình trạng nhiễm trùng dịch u nhầy thứ phát sau đó. Nhiễm trùng thứ phát có thể khiến u nhầy lan rộng nhanh chóng, nguy cơ biến chứng tăng cao đặc biệt là biến chứng ổ mắt¹. Kết quả vi sinh của u nhầy nhiễm trùng hiếm khi được nghiên cứu trước đây². Việc khảo sát yếu tố nguy cơ và kết quả nuôi cấy dịch u nhầy nhằm hỗ trợ chẩn đoán và điều trị hiệu quả cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán u nhầy các

xoang cạnh mũi và được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2018 đến năm 2023.

2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán u nhầy các xoang cạnh mũi, được chụp CT-scan mũi xoang hoặc MRI trước mổ và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 2018 đến 2023.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án tại bệnh viện, các thông tin hành chính được ghi chép rõ ràng.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh án ghi chép không đầy đủ.
- Không có kết quả giải phẫu bệnh (GPB) hoặc kết quả GPB không phải là u nhầy

2.5. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Lấy mẫu thuận tiện: chọn ngẫu nhiên tất cả những hồ sơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ vào mẫu nghiên cứu.

Chúng tôi ghi nhận được 93 trường hợp được điều trị u nhầy xoang cạnh mũi được thực hiện nuôi cấy vi khuẩn tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2018 đến 07/2023.

2.6. Biến số nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận các biến số sau: giới tính, nhóm tuổi, yếu tố nguy cơ, thời gian từ phẫu thuật/chẩn thương đến lúc chẩn đoán, kết quả cấy vi khuẩn

2.7. Phân tích và xử lý số liệu

Phương pháp xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các số liệu sau khi xử lý sẽ được trình bày dưới dạng bảng, biểu bảng Excel 2016

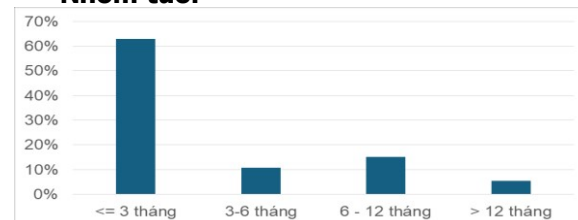
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Giới tính



Nhóm giới tính nam chiếm ưu thế với 51 người, tương đương khoảng 55% tổng số mẫu. Ngược lại, nhóm giới tính nữ chiếm 42 người, chiếm 45%. Tỷ số nam/nữ = 1,21:1.

Nhóm tuổi



Tuổi trung bình là 48,13 tuổi $\pm$ 14,46. Độ tuổi nhỏ nhất là 18, lớn nhất là 90 tuổi.

Về yếu tố nguy cơ

	Số ca	Tỷ lệ
Phẫu thuật mũi xoang	47	50,5%
Chấn thương mũi xoang	12	12,9%
Polyp mũi	11	11,8%
Viêm mũi xoang mạn	27	29%
U hốc mũi	1	1,1%
Không yếu tố nguy cơ	30	32,3%

Trong 47 bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật mũi xoang trước đây, thời gian từ khi phẫu thuật đến khi chẩn đoán dao động từ 2 tháng đến 30 năm, trung bình sau là 7,42 $\pm$ 7,35 năm.

Trong 12 bệnh nhân có tiền căn chấn thương mũi xoang, thời gian từ chấn thương đến chẩn đoán u nhầy dao động từ 1,5 đến 44 năm (trung bình 17,95 năm).

Về vi sinh học. 15/93 (16,12%) trường hợp cấy dịch u nhầy các xoang cạnh mũi dương tính với kết quả nuôi cấy vi khuẩn:

- MSSA (Methicillin-Sensitive Staphylococcus aureus): 6 ca (6,45%)
- MRSA (Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus): 3 ca (3,23%)
- Escherichia coli: 1 ca (1,08%)
- Serratia marcescens: 1 ca (1,08%)
- Corynebacterium pseudodiphtheriticum: 1 ca (1,08%)
- Pseudomonas aeruginosa: 1 ca (1,08%)
- Enterobacter cloacae: 1 ca (1,08%)
- Klebsiella pneumoniae ss. Pneumoniae: 1 ca (1,08%)



Hình 1. Lát cắt mặt phẳng ngang mucocèle trên MRI



Hình 2. Lát cắt mặt phẳng ngang mucocèle trên MRI

IV. BÀN LUẬN

Trong số 93 bệnh nhân nghiên cứu: nam chiếm 51/93 trường hợp (54,8%), nữ chiếm 42/93 trường hợp (45,2%) cho thấy không có sự khác biệt về giới tính trên bệnh nhân u nhầy các xoang cạnh mũi. Theo kết quả nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 48,13 $\pm$ 14,46. U nhầy có thể gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó trẻ nhất là 18 tuổi, lớn tuổi nhất 90 tuổi; các nhóm tuổi có tỉ lệ mắc khác nhau nhưng tập trung nhiều nhất vào nhóm trung niên 40-60 tuổi (chiếm 48,39%). Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình thấp nhất là 48,13 $\pm$ 14,46 tuổi, trong khi nghiên cứu của Lê Trần Quang Minh và CS⁵⁰ có độ tuổi trung bình cao nhất là 54,42 $\pm$ 13,53 tuổi.

U nhầy các xoang cạnh mũi xuất hiện khi lỗ thông xoang bị tắc nghẽn, có thể do những nguyên nhân như nhiễm trùng, xơ hóa, viêm, chấn thương, phẫu thuật hoặc khối u. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số trường hợp có tiền căn phẫu thuật mũi xoang trước đó bao gồm phẫu thuật nội soi qua đường mũi và phẫu thuật đường ngoài chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn các nguyên nhân khác, lên đến 50,54%. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả của Scangas và cộng sự³ là 43,6%, Obeso và cộng sự⁴ là 35%. Trong 47 bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật mũi xoang thì thời gian từ khi phẫu thuật đến khi chẩn đoán dao động từ 2 tháng đến 30 năm, trung bình sau là 7,42 $\pm$ 7,35 năm; trong đó có 4 trường hợp đã trải qua nhiều lần phẫu thuật. Thời gian này tương đương với kết quả của tác giả Devars du Mayne và cộng sự⁵ là 7 năm (dao động từ 4 tháng đến 20 năm), thấp hơn so với Obeso và CS⁴ là 15 năm (dao động từ 1 đến 40 năm). 12/93 trường hợp (12,9%) có tiền căn chấn thương mũi xoang với thời gian từ chấn thương đến chẩn đoán u nhầy dao động từ 1,5 đến 44 năm (trung bình 17,95 năm) thấp hơn của tác giả Obeso và cộng sự⁴ là 25 năm. Có thể thấy khởi phát u nhầy các xoang cạnh mũi sau chấn thương thường trễ hơn so với sau phẫu thuật mũi xoang và giữa các trường hợp có sự dao động lớn, tuy nhiên đa số là khởi phát khá trễ và diễn tiến kéo dài đến khi biểu hiện triệu chứng. Như đã biết tắc nghẽn đường dẫn lưu xoang sau phẫu thuật do mô sẹo hoặc dính niêm mạc mũi xoang. Qua đó, để hạn chế hình thành u nhầy sau mổ hoặc giảm tỉ lệ tái phát cần hạn chế mổ rộng phá hủy nhiều cấu trúc hoặc mổ trong lúc u nhầy có nhiễm trùng cấp tính, mở rộng kích thước đường dẫn lưu u nhầy đủ duy trì đường dẫn lưu lâu dài.

Có 32,26% không ghi nhận tiền căn nguy cơ

liên quan u nhầy các xoang cạnh mũi, kết quả này khá tương đồng so với nghiên cứu Kyung Chul Lee và CS⁶ là 35%, Sergio Obeso và CS⁴ là 29%, cao hơn so với tác giả Scangas và CS³ là 25,6% và Devars du Mayne và CS⁵ là 15%. Có thể việc khai thác tiền căn liên quan đến viêm mũi xoang gặp khó khăn ở các bệnh chưa từng đi khám trước đó mặc dù có biểu hiện triệu chứng mũi xoang. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với tác giả Nguyễn Thị Thu Đức và CS⁷ là 65%. Điều này có thể do cỡ mẫu khác biệt cùng với khác biệt địa lý, khí hậu, cách khai thác tiền căn cũng làm thay đổi tỉ lệ giữa các nhóm tiền căn với nhau.

Tiền căn viêm mũi xoang mạn và polyp mũi được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt ở 29,03% bệnh nhân và 11,82% trong đó 19/27 bệnh nhân viêm mũi xoang mạn từng được phẫu thuật trước đó và 4/12 bệnh nhân có polyp mũi từng được phẫu thuật trước đó. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn của tác giả Obeso và CS⁴ với lần lượt là 43,06% và 31%, tác giả Scangas và CS³ có tỷ lệ bệnh nhân viêm mũi xoang mạn là 77,5%.

Có 1 bệnh nhân có tiền căn loạn sản sùi sàng – trán phải đã được phẫu thuật trước đó và không ghi nhận trường hợp nào có u hốc mũi trong quá trình phẫu thuật dẫn lưu u nhầy. Các tác giả Lê Trần Quang Minh và CS⁸, Nguyễn Thị Thu Đức và CS⁷ không ghi nhận trường hợp nào có u chèn ép trong các nghiên cứu này. Điều này cho thấy nguyên nhân u gây tắc nghẽn dẫn đến u nhầy các xoang cạnh mũi rất hiếm gặp.

Về kết quả nuôi cấy vi sinh dịch u nhầy, 15/93 (16,12%) trường hợp cấy dịch u nhầy dương tính với chủ yếu là vi khuẩn hiếu khí như *Staphylococcus aureus* (9,68%), *Corynebacterium pseudodiphtheriticum* và một số trực khuẩn gram âm như *Escherichia coli*, *Serratia marcescens*, *Pseudomonas aeruginosa* tương tự với nghiên cứu của Yoo-Suk Kim và CS¹ ghi nhận u nhầy nhiễm trùng trong 15,62% trường hợp và tác nhân được phân lập nhiều nhất là β -hemolytic α -*Streptococcus* (chiếm 33,33% trường hợp u nhầy nhiễm trùng) và một số tác nhân khác như *Staphylococcus aureus* và Coagulase-negative *S. aureus*.

Trong nhóm kết quả cấy ra kết quả *Staphylococcus aureus*, chúng tôi ghi nhận gồm 6,45% tương ứng 6/93 trường hợp là MSSA và 3,23% tương ứng 3/93 trường hợp là MRSA. Sự xuất hiện của MRSA trong nghiên cứu là một cảnh báo về nguy cơ lan rộng của vi khuẩn kháng thuốc, đặc biệt đối với nhóm *S. aureus* là tác nhân vi khuẩn có thể hình thành biofilm, làm

tăng khả năng bám dính vào niêm mạc xoang và giảm hiệu quả của kháng sinh. Do đó, việc thực hiện kháng sinh đồ trước khi điều trị là cần thiết để lựa chọn phác đồ phù hợp, tránh lạm dụng kháng sinh và giảm nguy cơ kháng thuốc.

Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào cấy dương tính với tác nhân kỵ khí, khác với nghiên cứu của tác giả Itzhak Brook và CS² trên u nhầy nhiễm khuẩn ghi nhận 19% có hiện diện vi khuẩn hiếu khí hoặc kỵ khí tùy nghi, 42% ghi nhận vi khuẩn kỵ khí đơn độc và 39% là hỗn hợp vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí, trong đó các chủng vi khuẩn hiếu khí chủ yếu là *Staphylococcus aureus*, α -hemolytic *Streptococci*, *Hemophilus* spp. và trực khuẩn Gram âm; các vi khuẩn kỵ khí chủ yếu được phân lập là *Peptostreptococcus* sp., *Prevotella* sp., *Fusobacterium* sp., và *Propionibacterium acnes* cho thấy rằng ngoài vi khuẩn hiếu khí, tỷ lệ dương tính với vi khuẩn kỵ khí trong dịch u nhầy là rất cao. Giải thích cho nguyên nhân tỷ lệ cấy vi khuẩn kỵ khí cao có thể liên quan đến việc dẫn lưu dịch kém cũng như áp lực trong xoang mũi tăng lên trong quá trình viêm, đặc biệt là trong quá trình hình thành u nhầy. Những thay đổi này có thể làm giảm nồng độ oxy và độ pH của các xoang, từ đó tạo điều kiện cho sự phát triển của các vi sinh vật kỵ khí. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận vi khuẩn kỵ khí có thể do chưa có quy trình cho việc nuôi cấy riêng vi khuẩn kỵ khí và sự khác biệt trong tỷ lệ vi khuẩn dương tính được phân lập có khả năng ngoại nhiễm từ hệ vi khuẩn thường trú từ mũi xoang như *Staphylococcus aureus*, *Corynebacterium* spp., *Propionibacterium* spp.

V. KẾT LUẬN

U nhầy các xoang cạnh mũi chủ yếu liên quan đến tiền căn phẫu thuật mũi xoang, chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn so với các nguyên nhân khác. Thời gian khởi phát u nhầy sau phẫu thuật có sự dao động lớn nhưng thường kéo dài, qua đó cho thấy tầm quan trọng của việc phẫu thuật đảm bảo đường dẫn lưu xoang hiệu quả để giảm nguy cơ hình thành và tái phát u nhầy trong tương lai. Một tỷ lệ bệnh nhân không có tiền căn nguy cơ rõ ràng có thể liên quan đến sự khác biệt trong cách khai thác tiền sử bệnh, đặc điểm địa lý và yếu tố môi trường.

Kết quả nuôi cấy vi sinh dịch u nhầy cho thấy tỷ lệ u nhầy nhiễm trùng không cao, chủ yếu là vi khuẩn hiếu khí như *Staphylococcus aureus*, trong khi vi khuẩn kỵ khí không được ghi nhận, có thể do hạn chế trong quy trình nuôi cấy. Điều này gợi ý rằng việc kiểm soát nhiễm

trùng và tối ưu hóa dẫn lưu xoang là các yếu tố quan trọng trong điều trị và phòng ngừa tái phát u nhầy các xoang cạnh mũi. Nghiên cứu này đóng góp thêm dữ liệu về các yếu tố nguy cơ và đặc điểm vi khuẩn học của u nhầy các xoang cạnh mũi, từ đó giúp định hướng chiến lược điều trị và dự phòng hiệu quả hơn trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Y. S. Kim, K. Kim, J. G. Lee, et al.** Paranasal sinus mucocoeles with ophthalmologic manifestations: a 17-year review of 96 cases. *Am J Rhinol Allergy*. Jul-Aug 2011;25(4):272-5. Doi:10.2500/ajra.2011.25.3624
2. **I. Brook, E. H. Frazier.** The microbiology of mucopyocoele. *Laryngoscope*. Oct 2001;111(10):1771-3. Doi:10.1097/00005537-200110000-00020
3. **G. A. Scangas, D. A. Gudis, D. W. Kennedy.** The natural history and clinical characteristics of paranasal sinus mucocoeles: a clinical review. *Int Forum Allergy Rhinol*. Sep 2013;3(9):712-7. Doi:10.1002/alr.21178
4. **S. Obeso, J. L. Llorente, J. Pablo Rodrigo, et al.** [Paranasal sinuses mucocoeles. Our experience in 72 patients]. *Acta Otorrinolaringol Esp*. Sep-Oct 2009;60(5):332-9. Mucocoeles de senos paranasales. Nuestra experiencia en 72 pacientes. Doi:10.1016/j.otorri.2009.05.006
5. **M. Devars du Mayne, A. Moya-Plana, D. Malinvaud, et al.** Sinus mucocoele: natural history and long-term recurrence rate. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. Jun 2012;129(3):125-30. Doi:10.1016/j.anorl.2011.10.002
6. **K. C. Lee, N. H. Lee.** Comparison of clinical characteristics between primary and secondary paranasal mucocoeles. *Yonsei Med J*. Sep 2010; 51(5):735-9. Doi:10.3349/ymj.2010.51.5.735
7. **Nguyễn Thị Thu Đức.** Nghiên cứu đặt điểm lâm sàng, cắt lớp vị tính và đối chiếu với phẫu thuật của u nhầy xoang trán sàng. Đại học Y Hà Nội; 2011.
8. **Lê Trần Quang Minh, Chu Lan Anh, Phan Ngọc Hưng.** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học u nhầy xoang trán tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TPHCM từ 2022 đến 2023. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*. 05/22 2024;69(64):59-70. Doi:10.60137/tmhvn.v69i64.118

TỶ LỆ SÀNG LỌC LỆCH BỘI TRƯỚC SINH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA THAI PHỤ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN AN BÌNH

Nguyễn Hữu Trung¹, Nguyễn Thị Phụng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thai phụ thực hiện xét nghiệm sàng lọc lệch bội (SLLB) tại bệnh viện An Bình và các yếu tố liên quan đến việc chọn lựa xét nghiệm sàng lọc lệch bội của những thai phụ này. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang trên 198 thai phụ khám thai tại bệnh viện An Bình, có tuổi thai ≥ 22 tuần từ tháng 01/2022-05/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ đã làm SLLB là 86,4%. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tỷ lệ thực hiện xét nghiệm SLLB của thai phụ: Thai phụ có kinh tế khó khăn tăng khả năng không làm xét nghiệm gấp 12,9 lần (KTC 95%: 3,2 – 52,5); thai phụ chưa từng làm xét nghiệm SLLB trước đây tăng khả năng không làm SLLB gấp 13,9 lần (KTC 95%: 2,8 – 69,2); thai phụ chưa từng biết về SLLB tăng tỷ lệ không thực hiện SLLB gấp 7,8 lần (KTC 95%: 1,5 – 41,6). **Kết luận:** Nhóm thai phụ có tình trạng kinh tế khó khăn, chưa từng làm xét nghiệm SLLB và thiếu thông tin về SLLB làm tăng nguy cơ không thực hiện SLLB khi mang thai

Từ khóa: sàng lọc lệch bội, dị tật bẩm sinh, double test, triple test, NIPT

SUMMARY

PREVALENCE OF ANEUPLOIDY SCREENING IN PREGNANT WOMEN WHO EXAMINE AT AN BÌNH HOSPITAL AND RELATED FACTORS

Objective: To determine the prevalence of aneuploidy screening of pregnant women who examine at An Binh hospital and factors related to the choice of aneuploidy screening test for these pregnant women. **Research method:** across – sectional study of 198 pregnant women at An Binh hospital with gestational age ≥ 22 weeks from 01/2022 to 05/2022. **Results:** the prevalence of aneuploidy screening was 86,4%. Multivariate analysis of related factors: Pregnant women with economic difficulties are more likely to not get tested (PR =12,9; 95% CI: 3.2 - 52.5); Pregnant women who have never had a test before are more likely to not have a test (PR =13,9; 95% CI: 2.8 - 69.2); Pregnant women who never knew about aneuploidy screening tests had higher rate of not performing aneuploidy screening tests (PR=7,8; 95% CI: 1.5 - 41.6) **Conclusion:** Groups of pregnant women with difficult economic status, never having tested for aneuploidy screening tests and lacking information about aneuploidy screening tests increase the risk of not performing aneuploidy screening tests during pregnancy.

Keywords: aneuploidy screening, birth defect, double test, triple test, NIPT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật bẩm sinh (DTBS) chiếm 3 -6% trẻ sinh

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện An Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung

Email: drtrung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025