

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TỔN THƯƠNG XOANG MỘT BÊN

Cao Minh Hưng¹, Nguyễn Quang Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của bệnh nhân tổn thương xoang một bên. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu thực hiện trên 112 bệnh nhân tổn thương xoang một bên tại các cơ sở chuyên khoa Tai Mũi Họng. Dữ liệu được thu thập bao gồm: triệu chứng cơ năng, hình ảnh nội soi, chụp CLVT, mô bệnh học. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $50,9 \pm 14,4$ tuổi, nữ chiếm 58,0%. Triệu chứng phổ biến nhất là chảy dịch mũi một bên (83,0%) và đau nhức vùng mặt một bên (83,0%). Tổn thương xoang hàm chiếm tỷ lệ cao nhất (83,9%), theo sau là sàng (45,5%), trán (26,8%) và bướm (18,8%). Điểm Lund-Kennedy trung bình là $2,18 \pm 1,31$ và điểm Lund-Mackay trung bình là $4,54 \pm 2,50$. Tổn thương thực thể phổ biến nhất là mủ trong hốc mũi (59,8%), tổn thương dạng u (8,9%), nấm khe giữa (4,5%), và 24,1% không có tổn thương rõ ràng trên nội soi. Mô bệnh học chủ yếu là nấm aspergillus (53,6%), tổ chức viêm mạn (23,3%), polyp (12,6%) và u nhú (9,8%), trong đó u nhú đảo ngược chiếm 6,3%. **Kết luận:** Tổn thương xoang một bên chủ yếu khu trú ở một xoang, thường gặp nhất ở xoang hàm. Nấm Aspergillus là nguyên nhân phổ biến nhất. Triệu chứng mũi xoang một bên nặng, kèm rối loạn giấc ngủ ảnh hưởng chất lượng sống của người bệnh. Tổn thương lành tính (mủ, polyp, khối nấm) khác biệt với các dấu hiệu ác tính (khối u loét, hoại tử, chảy máu). Nội soi, CLVT và mô bệnh học rất quan trọng trong chẩn đoán và điều trị.

Từ khóa: tổn thương xoang một bên, viêm xoang một bên, phẫu thuật nội soi mũi xoang.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF UNILATERAL SINUS LESIONS

Objective: To describe the clinical, and histopathological characteristics of patients with unilateral sinus lesions. **Methods:** A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 112 patients with unilateral sinus lesions at ENT-specialized hospitals. Data collected included symptoms, nasal endoscopy, CT scan, histopathology. **Results:** The mean age was 50.9 ± 14.4 years; 58.0% were female. The most common symptoms were unilateral nasal discharge (83.0%), and unilateral facial pain (83.0%). The maxillary sinus was the most frequently affected site (83.9%), followed by

the ethmoid (45.5%), frontal (26.8%), and sphenoid (18.8%) sinuses. The average Lund-Kennedy score was 2.18 ± 1.31 , and the Lund-Mackay score was 4.54 ± 2.50 . The most frequent endoscopic findings were purulent discharge (59.8%), mass lesions (8.9%), fungal balls (4.5%), with 24.1% showing no clear lesions. Histopathology showed mainly Aspergillus (53.6%), chronic inflammation (23.3%), nasal polyps (11.6%) and papillomas (9.8%), of which 6.3% were inverted papillomas. **Conclusion:** Unilateral sinus lesions primarily affect a single sinus, most commonly the maxillary sinus. Aspergillus is the most frequent cause. Unilateral nasal symptoms are severe, along with sleep disturbances, significantly impact patients' quality of life. Benign findings (pus, polyps, fungal masses) differ markedly from malignant signs (tumors with ulceration, necrosis, bleeding). Endoscopy, CT-scan, and histopathology are essential for effective diagnosis and treatment.

Keywords: unilateral sinus lesion, unilateral sinusitis, endoscopic sinus surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương xoang một bên là tình trạng thường gặp trên lâm sàng, với biểu hiện lâm sàng và nguyên nhân rất đa dạng, từ viêm mạn tính, nấm, polyp mũi cho đến u lành hoặc ác tính. Việc xác định đúng đặc điểm tổn thương giúp định hướng chẩn đoán, xử trí và tiên lượng bệnh chính xác hơn. Các tổn thương lành tính có thể điều trị hiệu quả bằng phẫu thuật nội soi, trong khi các tổn thương ác tính thường cần điều trị phối hợp, thời gian theo dõi kéo dài, không có ý nghĩa trong phạm vi đề tài. Vì vậy, việc phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học của nhóm tổn thương một bên không ác tính là cần thiết để hỗ trợ quá trình chẩn đoán và điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu.

Cỡ mẫu: áp dụng công thức

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n là số bệnh nhân cần nghiên cứu.
- Chọn $\alpha = 0,05$ do đó $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.
- Sai số ước lượng $d = 0,1$.
- p là tỷ lệ viêm xoang một bên, theo Ahsan F là 26%. [1] Chọn $p = 0,26$.
- Tính được $n = 74$, trên thực tế chúng tôi thu được 112 bệnh nhân.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: nguyenvanquangtrung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 21.7.2025

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.2. Đối tượng: 112 bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương xoang một bên và có chỉ định phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương từ 08/2024 đến 03/2025.

2.3. Nội dung nghiên cứu: Tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, hình ảnh nội soi mũi, chụp CLVT, kết quả mô bệnh học.

2.4. Phân tích số liệu: Xử lý bằng phần mềm SPSS với thống kê mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình 50,9 ± 14,4, nam chiếm 42,0%, nữ chiếm 58,0%.

3.2. Lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

- Tổng điểm SNOT-22 trung bình trước mổ là 43,6 ± 20,1, thuộc mức độ nặng.

- Các triệu chứng mũi xoang phổ biến:

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng (n=112)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Điểm SNOT-22 trung bình
Chảy dịch mũi	93	83,0	2,58
Đau nhức vùng mặt	93	83,0	2,31
Chảy dịch mũi sau	89	79,5	2,01
Chảy mũi đặc	86	76,8	2,46
Ngạt mũi	83	74,1	2,79

Nhận xét: Chảy dịch mũi và đau nhức vùng mặt là hai triệu chứng phổ biến nhất (83,0%). Ngạt mũi có điểm SNOT-22 trung bình cao nhất.

3.2.2. Nội soi tại mũi họng

- Điểm Lund-Kennedy trung bình: 2.18 ± 1.31, mức độ nhẹ.

- Tổn thương thực thể:

Bảng 2. Tồn thương thực thể trên hình ảnh nội soi (n=112)

Đặc điểm	Có tổn thương			Không có tổn thương
	Mũi trong hốc mũi	Tổn thương dạng u*	Khối nằm trong khe giữa	
Số lượng	67	23	10	27
Tỷ lệ (%)	59,8	20,5	8,9	24,1

* Tổn thương dạng u bao gồm các khối bất thường trong mũi xoang quan sát được trên hình ảnh nội soi tại mũi họng như u nhú, u máu và polyp các mức độ.

Bảng 4. Kết quả mô bệnh học và vị trí tổn thương (n=112)

Vị trí		Năm	Viêm mạn tính	Polyp	U nhú	U lành tính khác*	Tổng số ca	Nhóm hay gặp nhất
Tổn thương một xoang	Hàm	28	6	5	5	2	46	Nấm
	Sàng	0	1	0	1	0	2	Viêm mạn tính/U nhú
	Trán	0	0	2	0	0	2	Polyp
	Bướm	8	4	1	0	0	13	Nấm

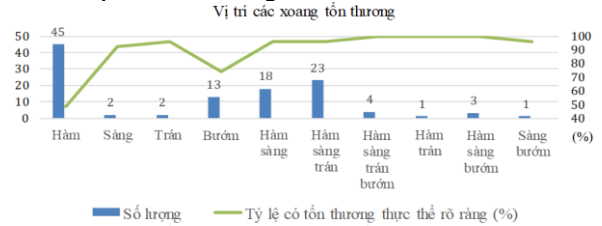
Nhận xét: Tỷ lệ không phát hiện tổn thương trên hình ảnh nội soi là 24,1%. Với những trường hợp có đặc điểm rõ ràng, mũi trong hốc mũi là biểu hiện thường gặp nhất với 59,8%.

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1. Chẩn đoán hình ảnh

- Điểm Lund-Mackay trung bình: 4.54 ± 2.50, mức độ nhẹ đến trung bình.

- Vị trí tổn thương:



Biểu đồ 1. Vị trí tổn thương

Nhận xét: Tổn thương khu trú một xoang chiếm 55,4%. Tổn thương khu trú tại xoang hàm phổ biến nhất (40,2%). Các xoang tổn thương thường gặp là xoang hàm (83,9%), sàng (45,5%), trán (26,8%), bướm (18,8%). Tỷ lệ phát hiện tổn thương thực thể trên nội soi thấp nhất với những tổn thương đơn độc ở xoang hàm và xoang bướm (48,2% và 74,0%).

3.3.2. Mô bệnh học

Bảng 3. Phân bố mô bệnh học (n=112)

Mô bệnh học		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nấm Aspergillus		60	53,6
Viêm mạn tính		26	23,5
Polyp*		14	12,6
U nhú	Đảo ngược	7	6,3
	Thông thường	3	2,7
	Ưa axit	1	0,9
U xơ sinh sợi tạo xương		1	0,9
U nang chân răng		1	0,9
U máu thể hang		1	0,9

* Trong nhóm polyp có 2 trường hợp phối hợp tổn thương khác: 1 trường hợp polyp + Aspergillus, 1 trường hợp polyp + u máu thể hang.

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học nấm Aspergillus chiếm đa số với 53,6%, tiếp theo là viêm mạn tính (23,3%) và polyp (12,6%).

3.4. Tương quan giữa kết quả mô bệnh học và vị trí tổn thương

Tổn thương nhiều xoang	Hàm sàng	8	8	3	0	0	19	Nấm
	Hàm sàng trán	12	5	3	2	1	23	Nấm
	Hàm trán	0	0	0	1	0	1	U nhú
	Hàm sàng bướm	2	0	0	1	0	3	Nấm
	Sàng bướm	1	0	0	0	0	1	Nấm
Hàm sàng trán bướm		1	2	0	1	0	4	Viêm mạn tính
Tổng		60	26	14	11	3	114**	

* Tổng số ca là 114 do nhóm polyp có hai trường hợp tổn thương phối hợp.

** Nhóm u lành tính khác bao gồm 3 trường hợp u máu thể hang, u xơ sinh sợi tạo xương và u nang chân răng.

Nhận xét: Nấm Aspergillus là tổn thương thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ lớn ở cả tổn thương khu trú một xoang lẫn nhiều xoang. Tổn thương khu trú tại xoang hàm chiếm tỷ lệ cao nhất ở phần lớn các nhóm mô bệnh học.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $50,9 \pm 14,4$, cho thấy phần lớn đều trong độ tuổi trung niên. Mielcarek-Kuchta (2017) thấy phần lớn bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cho tổn thương xoang một bên có độ tuổi trung bình khoảng 48 tuổi.[2] Sự tương đồng này cho thấy tổn thương xoang một bên thường xuất hiện ở giai đoạn trung niên, được giải thích bởi sự tích lũy của các yếu tố nguy cơ như viêm mạn tính, polyp, hoặc tổn thương do răng miệng.[3]

Về giới tính, tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu chiếm 58,0%, cao hơn so với nam giới, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự với Ahsan F (2005), báo cáo này cũng nhấn mạnh rằng giới tính không phải là yếu tố quyết định chính trong chẩn đoán tổn thương xoang một bên.[1]

4.2. Lâm sàng

4.2.1. Triệu chứng cơ năng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng mũi xoang một bên phổ biến nhất là chảy dịch mũi (83,0%), đau nhức vùng mặt (83,0%), chảy dịch mũi sau (79,5%) và chảy mũi đặc (76,8%). Các kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lee (2008), trong đó ngạt mũi và chảy mũi là các triệu chứng điển hình trong viêm xoang một bên.[4]

Tổng điểm SNOT-22 trung bình trước mổ là $43,6 \pm 20,1$, mức độ nặng. Bên cạnh đó, các triệu chứng về giấc ngủ như khó ngủ (78,6%), ngủ không sâu giấc và tỉnh giấc trong đêm (75,0%) cũng xuất hiện với tỷ lệ cao. Nghiên cứu của Ni WQ (2017) ghi nhận điểm SNOT-22 trung bình là 45,2, đồng thời chỉ ra rằng các triệu chứng về giấc ngủ tác động nghiêm trọng đến bệnh nhân.[5] Như vậy, tổn thương xoang

một bên gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống, đòi hỏi sự can thiệp kịp thời.

4.2.2. Nội soi tại mũi họng. Điểm Lund-Kennedy trung bình là $2,18 \pm 1,31$ (thang điểm tối đa là 6 một bên), mức độ nhẹ đến trung bình, cho thấy tổn thương niêm mạc trên nội soi không quá nghiêm trọng.

Trên hình ảnh nội soi, mũi trong hốc mũi chiếm tỷ lệ cao nhất (59,8%), tiếp theo là tổn thương dạng u (20,5%) và nấm khe giữa (8,9%). Tỷ lệ mũi cao (59,8%) phù hợp với nghiên cứu của Ni WQ (2017) ghi nhận mũi ở 55% các ca tổn thương xoang một bên, thường liên quan đến viêm hoặc nhiễm nấm.[5] Tỷ lệ xuất hiện nấm khe giữa trong nghiên cứu là 8,9%, tương đồng với quan sát của Ahsan F (2005), trong đó nấm khe giữa chiếm 5-10% trên nội soi.[1]

Đặc biệt, nghiên cứu cũng ghi nhận 24,1% trường hợp không phát hiện tổn thương trên nội soi. Tỷ lệ tương đối cao cho thấy hạn chế của nội soi trong phát hiện tổn thương một bên, nhấn mạnh vai trò của chụp CLVT trong phát hiện và đánh giá bệnh lý.

4.3. Cận lâm sàng

4.3.1. Chẩn đoán hình ảnh. Điểm Lund-Mackay trung bình là $4,54 \pm 2,50$ (thang điểm tối đa là 12 cho một bên) chỉ ra mức độ tắc nghẽn xoang trên CLVT tương đối khu trú, không tương đồng với mức độ nặng của thang điểm SNOT-22. Kết quả này phù hợp với báo cáo của Hopkins (2007) khẳng định không có mối tương quan giữa hai thang điểm này.[6]

Trên tổng các vị trí tổn thương, xoang hàm chiếm tỷ lệ cao nhất (87,5%), tiếp theo là xoang sàng (45,5%), xoang trán (26,8%) và xoang bướm (18,8%). Nghiên cứu của Hopkins (2007) cũng xác nhận xoang hàm là vị trí chủ yếu chiếm 68%, xoang sàng (54%) và xoang trán (32%), tương tự với thứ tự thường gặp tổn thương nêu trên.[6] Tỷ lệ lớn tổn thương phản ánh đặc điểm giải phẫu của xoang hàm, nằm thấp và dễ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như viêm nhiễm từ răng miệng hoặc polyp, là những nguyên nhân thường gặp trong tổn thương xoang một bên.

Những bệnh lý khu trú tại xoang hàm và xoang bướm cho thấy tỷ lệ không phát hiện tổn

thương trên nội soi tương đối cao, lần lượt là 51,8% và 26,0%. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với các vị trí khác (đều dưới 10%). Bhattacharyya (2006) chỉ ra rằng các triệu chứng lâm sàng của viêm xoang hàm và xoang bướm có thể không tương xứng với các phát hiện nội soi.[7] Hiện tượng này có thể được lý giải bởi đặc điểm giải phẫu của hai xoang này. Xoang hàm nằm thấp nhất, có lỗ thông nằm cao, vì vậy, các tổn thương dễ tích tụ ở phần thấp khiến tổn thương không rõ ràng trên nội soi. Xoang bướm có vị trí sâu và khó tiếp cận, tuy nhiên, do vị trí ở cao nên thường dễ quan sát tổn thương hơn. Những kết quả này nhấn mạnh sự hạn chế của nội soi trong chẩn đoán cũng như sự cần thiết của chụp CLVT trong tối ưu hóa chẩn đoán và điều trị bệnh.

4.3.2. Mô bệnh học. Nấm *Aspergillus* chiếm tỷ lệ cao nhất (53,6%), phản ánh sự phổ biến của nấm trong tổn thương xoang một bên. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể ở một số nghiên cứu trước đây. Lee JY (2008) tại Hàn Quốc và Daniela Mielcarek-Kuchta (2017) tại Ba Lan đều không ghi nhận tỷ lệ đáng kể của nấm.[2] Nghiên cứu của Ni WQ và cộng sự (2017) tại Trung Quốc cho thấy tỷ lệ cao hơn, với viêm xoang một bên do nấm chiếm 27,6%.[5] Tỷ lệ thấp hơn rõ rệt ở các khu vực ôn đới cho thấy sự phát triển của *Aspergillus* có sự liên quan chặt chẽ đến điều kiện môi trường nóng ẩm, thường thấy ở các vùng khí hậu nhiệt đới như Việt Nam.[8]

Nhóm u nhú chiếm 9,8%, phần lớn là u nhú đảo ngược (6,3%), phù hợp với tỷ lệ u nhú đảo ngược trong tổn thương xoang một bên được ghi nhận bởi Lawson và Patel (2009) là 5-10%.[9] Kết quả này nhấn mạnh vai trò của giải phẫu bệnh trong chẩn đoán phân biệt, đặc biệt với các tổn thương có nguy cơ ác tính hóa như u nhú đảo ngược.

U xơ sinh sợi tạo xương, u nang chân răng và u máu thể hang là những tổn thương hiếm gặp trong bệnh lý mũi xoang, đều với tỉ lệ 0,9% (1/112) trong nghiên cứu này. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đây, với tỷ lệ của 3 loại tổn thương này dao động từ 0,5-2%.[10-12] Dù tỷ lệ thấp, các tổn thương này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng do đặc điểm và yêu cầu hướng xử trí riêng biệt, đòi hỏi chẩn đoán chính xác thông qua hình ảnh học, nội soi và mô bệnh học.

4.4. Tương quan giữa mô bệnh học và triệu chứng lâm sàng

4.4.1. Tổn thương khu trú một xoang. Tổn thương khu trú một xoang chiếm ưu thế (55,4%), đặc biệt ở xoang hàm (40,4%), với

nấm *Aspergillus* là nguyên nhân phổ biến nhất (28/46 ca, 60,9%). Xoang bướm, với 13 ca (20,6%), chủ yếu là nấm (8/13 ca, 61,5%), cho thấy vị trí sâu và khó tiếp cận của nó tạo điều kiện cho nấm gây bệnh khi dẫn lưu bị cản trở. Nấm cần môi trường yếm khí và ẩm kéo dài, vì vậy, những đặc điểm đặc trưng của xoang hàm và xoang bướm khiến những vị trí này trở thành nơi phù hợp nhất để nấm phát triển.[8]

Ngược lại, xoang sàng và xoang trán rất hiếm gặp tổn thương khu trú (mỗi vị trí chỉ 2 ca), và không ghi nhận trường hợp nào liên quan đến nấm *Aspergillus*. Điều này có thể được giải thích bởi đặc điểm giải phẫu và sinh lý của hai xoang này với vị trí cao và hệ thống dẫn lưu tốt hơn, ít tích tụ dịch tiết, hạn chế tạo môi trường thuận lợi cho nấm.

4.4.2. Tổn thương nhiều xoang một bên. Tổn thương một bên ở 2-3 xoang cũng thường gặp (41,2%), chủ yếu do nấm *Aspergillus* (48,9%), điều này phản ánh khả năng lan rộng của nấm trong điều kiện phát triển thuận lợi ở môi trường nhiệt đới.[8]

Nhóm tổn thương này chủ yếu ở tổ hợp xoang hàm sàng (19/47, 40,4%) và xoang hàm sàng trán (23/47, 48,9%). Sự tập trung này có thể được giải thích bởi mối liên hệ giải phẫu giữa các xoang này. Xoang hàm, với vị trí thấp và dễ bị tổn thương, thường là điểm khởi phát của viêm hoặc nấm, sau đó lan tỏa lên xoang sàng qua khe mũi giữa, là con đường dẫn lưu chính của cả hai xoang. Khi tổn thương tiến triển, bệnh lý tiếp tục lan đến xoang trán thông qua ngách trán. Nghiên cứu của Ni WQ (2017) cũng ghi nhận rằng tổn thương xoang một bên thường lan tỏa từ xoang hàm sang xoang sàng (70-80% ca có liên quan đến tổ hợp này), và khi có tắc nghẽn kéo dài, xoang trán dễ bị ảnh hưởng do sự phụ thuộc vào hệ thống dẫn lưu của xoang sàng.[5]

Tổn thương toàn bộ xoang một bên (hàm sàng trán bướm) chiếm 3,5%, với viêm mạn tính (2 ca), nấm (1 ca), và u nhú (1 ca). Sự hiếm gặp của tổn thương toàn bộ một bên xoang có thể giải thích bởi tính khu trú đặc trưng của bệnh lý xoang một bên, vốn thường chỉ ảnh hưởng đến một hoặc một vài xoang do đặc điểm giải phẫu và cơ chế bệnh sinh khu trú. Dù vậy, sự hiện diện của 1 ca nấm *Aspergillus* trong nhóm này càng nhấn mạnh khả năng nấm có thể lan tỏa rộng, đặc biệt với khí hậu nóng ẩm như ở Việt Nam.[8] Tỷ lệ tổn thương toàn bộ xoang thấp này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lee JY (2008), trong đó tổn thương xoang một bên thường khu trú ở xoang hàm hoặc lan tỏa tối đa 2-3 xoang, hiếm khi ảnh hưởng toàn bộ hệ

thống xoang.[4]

V. KẾT LUẬN

Tổn thương xoang một bên chủ yếu khu trú một xoang, thường gặp nhất và nhiều nhất ở xoang hàm do đặc điểm giải phẫu đặc trưng. Nấm *Aspergillus* là bệnh lý thường gặp nhất ở tất cả các nhóm vị trí, tuy nhiên, không ghi nhận trường hợp nào nấm khu trú ở xoang trán và xoang sàng. Triệu chứng cơ năng mũi xoang một bên xuất hiện rõ rệt với mức độ nặng, kèm rối loạn giấc ngủ gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống người bệnh, đòi hỏi sự can thiệp kịp thời. Tổn thương thực thể lành tính (mủ, polyp, u lành tính, khối nấm) khác biệt với những dấu hiệu ác tính, biểu hiện bằng khối u bất thường kèm loét, hoại tử hoặc chảy máu tái phát. Phẫu thuật nội soi, CLVT và mô bệnh học đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahsan F, El-Hakim H, Ah-See KW.** Unilateral Opacification of Paranasal Sinus CT Scans. *Otolaryngol-head neck surg.* 2005;133(2):178-180. doi:10.1016/j.otohns.2005.02.010
2. **Mielcarek-Kuchta D, Simon K, Kondratowicz D, Łukomska Z, Rybak-Korytowska A.** Functional endoscopic sinus surgery (FESS) in unilateral sinus disease. *Otolaryngologia Polska.* 2017;71:29-35. doi:10.5604/01.3001.0010.5314
3. **M M, Wr B, SI M, Mt J, M A.** Cone-beam computed tomography evaluation of maxillary sinusitis. PubMed. Accessed April 2, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21787483/>
4. **Lee JY.** Unilateral paranasal sinus diseases: analysis of the clinical characteristics, diagnosis, pathology, and computed tomography findings. *Acta Otolaryngol.* 2008;128(6):621-626. doi:10.1080/00016480701663417
5. **Ni WQ, Cai CP, He SF, Wang SL.** [A retrospective analysis of clinical characteristics, diagnosis in patients with unilateral sinus disease]. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 2017;31(3):195-199. doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2017.03.007
6. **C H, Jp B, R S, V L, P B.** The Lund-Mackay staging system for chronic rhinosinusitis: how is it used and what does it predict? PubMed. Accessed April 2, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17903570/>
7. **Bhattacharyya N.** Clinical and symptom criteria for the accurate diagnosis of chronic rhinosinusitis. *Laryngoscope.* 2006;116(7):517-522.
8. **Miloshevski M.** Fungal Rhinosinusitis: A Retrospective Microbiologic and Pathologic Review of 400 Patients at a Single University Medical Center. *International Archives of Otorhinolaryngology.* 2019;23(4):356-362. doi:10.1055/s-0039-1696707
9. **Lawson W, Patel ZM.** The evolution of management for inverted papilloma: An analysis of 200 cases. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery.* 2009;140(3):330-335. doi:10.1016/j.otohns.2008.11.010
10. **Kim JS, Kwon SH, Kim JS.** Cavernous Hemangioma of the Nasal Cavity: A Rare Cause of Epistaxis. *Journal of Craniofacial Surgery.* 2015; 26(7): e611-e613. doi:10.1097/SCS.0000000000002099

HIỆU QUẢ CỦA DAPAGLIFLOZIN TRONG VIỆC CẢI THIẾN VI ALBUMIN NIỆU QUA CHỈ SỐ UACR: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bùi Thị Mỹ Lệ¹, Nguyễn Minh Nguyệt¹

TÓM TẮT

Vi albumin niệu là một trong những dấu hiệu sinh học sớm nhất của tổn thương thận và có giá trị tiên lượng đối với nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn (CKD) cũng như các biến cố tim mạch. Ở bệnh nhân đái tháo đường type2, sự hiện diện của vi albumin niệu phản ánh tổn thương vi mạch thận và có liên quan chặt chẽ đến mức độ kiểm soát đường huyết, huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác. Theo khuyến cáo của các hiệp hội nội tiết và thận học, chỉ số albumin/creatinin niệu (uACR) là công cụ tầm soát và theo dõi hiệu quả để phát hiện sớm cũng như đánh giá tiên tiến của tổn thương thận [1]. Trong những

năm gần đây, nhóm thuốc ức chế đồng vận chuyển natri-glucose type 2 (SGLT2i), trong đó có Dapagliflozin, đã chứng minh vai trò nổi bật trong việc bảo vệ thận bên cạnh hiệu quả kiểm soát đường huyết, bảo vệ tim mạch. Cơ chế tác động của SGLT2i được cho là liên quan đến giảm tăng áp lực trong vi cầu thận, giảm tái hấp thu natri tại ống lượn gần và cải thiện chức năng tế bào nội mô. Nhiều thử nghiệm lâm sàng quy mô lớn như DECLARE-TIMI 58, DAPA-CKD đã cho thấy Dapagliflozin giúp làm chậm tiến triển bệnh thận mạn và giảm mức albumin niệu ở nhiều nhóm đối tượng [2, 3]. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 65 tuổi có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường type2, có xét nghiệm uACR lúc đầu 2284.3mg/g. Bệnh nhân được dùng Dapagliflozin 10mg. Sau thời gian 2 tháng kết quả xét nghiệm uACR là 329.6 mg/g. Qua ca lâm sàng và kết quả điều trị chúng tôi bàn luận về vai trò của Dapagliflozin trong giảm đáng kể chỉ số albumin/creatinin niệu.

Từ khóa: Dapagliflozin, uACR

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Mỹ Lệ

Email: bsbuimyle@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 22.7.2025