neoplasms. J Dermatol. 2012;39(8):688-92.
5. **Ansai S, Takeichi H, Arase S, et al.** Sebaceous carcinoma: an immunohistochemical reappraisal. Am J Dermatopathol. 2011;33(6):579-87.
6. **Ozkanli S.** Ber-EP4 staining patterns on basal cell carcinomas. North Clin Istanb. 2023;10(5):666-74.
7. **Beer TW, Shepherd P, Theaker JM.** Ber-EP4 and epithelial membrane antigen aid distinction of basal cell, squamous cell and basosquamous carcinomas of the skin. Histopathology. 2000;37(3):218-23.
8. **Fan YS, Carr RA, Sanders DSA, et al.** Characteristic Ber-EP4 and EMA expression in sebaceoma is immunohistochemically distinct from basal cell carcinoma. Histopathology. 2007;51(1):80-6.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC VÀ CÁC TỔN THƯƠNG ĐI KÈM Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM XOANG DO RĂNG

Lý Xuân Quang[1,2], Trương Thanh Tâm[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Viêm xoang do răng (Odontogenic Sinusitis - ODS) được xác định là nguyên nhân hàng đầu trong các trường hợp viêm xoang hàm một bên (chiếm 45-75%), nhưng thường bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm trong thực hành lâm sàng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm hình ảnh học của ODS theo một hệ thống phân loại chuẩn hóa và khảo sát các tổn thương đi kèm. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh hồi cứu trên 34 người bệnh (NB) ODS (với chẩn đoán "Xác định" hoặc "Nhiều khả năng") tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của NB là 49,29 ± 14,81. Tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là chảy mũi mủ (79,4%), mũi có mùi hôi (61,8%) và đau/nặng mặt (47,1%). Nguyên nhân do viêm quanh chóp chiếm tỷ lệ cao nhất (44,1%), kế đến là do các can thiệp thủ thuật nha khoa trước đó (32,4%). Răng cối lớn thứ nhất là răng gây bệnh thường gặp nhất (41,2%). Về hình ảnh học, 100% trường hợp là viêm xoang một bên. Phân loại theo Di Girolamo, loại IV (có lỗ dò miệng-xoang) chiếm tỷ lệ cao nhất (50,0%), tiếp theo là loại IIIA (biểu hiện rối loạn thông khí xoang) (44,1%). Tỷ lệ tắc nghẽn OMC trên CT là 97,1%. Tỷ lệ có dấu hiệu gợi ý nấm xoang trên CT là 17,6% và được xác nhận qua phẫu thuật/giải phẫu bệnh là 8,8%. **Kết luận:** Viêm xoang do răng trong nghiên cứu này chủ yếu biểu hiện trên hình ảnh học ở các thể bệnh lý cần can thiệp ngoại khoa (Loại IIIA và IV). Viêm quanh chóp là nguyên nhân hàng đầu và tỷ lệ đồng mắc nấm xoang là một phát hiện đáng chú ý. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của CT trong việc đánh giá toàn diện ODS, giúp định hướng chiến lược điều trị phối hợp đa chuyên khoa. ***Từ khóa:*** Viêm xoang do răng, viêm xoang hàm, cắt lớp vi tính, phân loại Di Girolamo, phức hợp lỗ thông, nấm xoang.

[1]Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
[2]Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang
Email: quang.lx@umc.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.7.2025
Ngày duyệt bài: 25.8.2025

SUMMARY

A STUDY ON IMAGING CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED LESIONS IN PATIENTS WITH ODONTOGENIC SINUSITIS

Objective: Odontogenic sinusitis (ODS) is identified as the leading cause of unilateral maxillary sinusitis, accounting for 45-75% of cases; however, it is frequently overlooked or misdiagnosed in clinical practice. This study was conducted to describe the imaging features of ODS using a standardized classification system and to investigate associated lesions. **Methods:** A retrospective descriptive case series was conducted on 34 patients diagnosed with ODS (with Definite or Potential evidence) at the University Medical Center Ho Chi Minh City, from January 2023 to June 2025. **Results:** The mean age of the patients was 49.29 ± 14.81 years, with a male-to-female ratio of 1.1:1. The most common clinical findings were purulent rhinorrhea (79.4%), cacosmia (61.8%), and facial pain/pressure (47.1%). Apical periodontitis was the most prevalent etiology (44.1%), followed by iatrogenic causes (32.4%). The first maxillary molar was the most frequently implicated tooth (41.2%). Imaging revealed unilateral sinusitis in 100% of cases. According to the Di Girolamo classification, Class IV (oroantral fistula) was the most frequent (50.0%), followed by Class IIIA (indicative of ventilation dysfunction) (44.1%). The rate of OMC obstruction on CT was 97.1%. The prevalence of imaging findings suggestive of a fungal ball was 17.6%, while the surgically/histopathologically confirmed prevalence was 8.8%. **Conclusion:** Odontogenic sinusitis in this study primarily manifested on imaging as pathological forms requiring surgical intervention (Class IIIA and IV). Apical periodontitis was the leading etiology, and the co-morbidity with fungal ball was a significant finding. These results emphasize the role of CT in the comprehensive assessment of ODS, thereby guiding multidisciplinary treatment strategies.

Keywords: Odontogenic sinusitis, maxillary sinusitis, computed tomography, Di Girolamo classification, ostiomeatal complex, fungal ball.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm xoang do răng (Odontogenic Sinusitis - ODS), hay còn gọi là bệnh lý xoang hàm do

răng, là một thực thể bệnh lý riêng biệt, đặc trưng bởi tình trạng viêm của niêm mạc xoang hàm, thứ phát từ một bệnh lý nhiễm trùng của răng hoặc các cấu trúc nha khoa lân cận. Bệnh lý này khác biệt một cách cơ bản so với viêm xoang có nguồn gốc từ mũi (rhinogenic sinusitis) về sinh lý bệnh, hệ vi sinh vật gây bệnh và chiến lược điều trị.[1,2]

Về phương diện dịch tễ học, ODS chiếm một tỷ lệ đáng kể, ước tính từ 25% đến 40% trong tổng số các trường hợp viêm xoang hàm mạn tính. Đây cũng là nguyên nhân hàng đầu gây viêm xoang hàm một bên, chiếm tới 45%-75% các trường hợp.[1] Sự gia tăng của các thủ thuật nha khoa xâm lấn như cấy ghép implant, nâng xoang, và điều trị nội nha cũng được cho là góp phần làm tăng tỷ lệ mắc bệnh trong những thập kỷ gần đây.

Mặc dù phổ biến, ODS vẫn là một thách thức trong thực hành lâm sàng, thường bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm là viêm xoang thông thường, dẫn đến việc điều trị kháng sinh kéo dài không hiệu quả và thất bại trong điều trị phẫu thuật nếu không giải quyết triệt để nguyên nhân từ răng. Chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính (CT) và cắt lớp vi tính chùm tia nón (Cone Beam CT - CBCT), đã trở thành "tiêu chuẩn vàng", cho phép đánh giá chi tiết không chỉ tình trạng viêm nhiễm của xoang mà còn cả các bệnh lý răng nguyên nhân một cách chính xác.[2,3] Nhiều hệ thống phân loại hình ảnh học đã được đề xuất nhằm chuẩn hóa việc đánh giá mức độ tổn thương niêm mạc xoang và định hướng các bước xử trí tiếp theo, trong đó hệ thống của Di Girolamo[4] (2022) là một công cụ mới, hữu ích và thực tiễn.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về ODS vẫn còn hạn chế, đặc biệt là các công trình mô tả một cách hệ thống và toàn diện các đặc điểm hình ảnh học đa dạng của bệnh lý này, bao gồm cả các tổn thương quan trọng đi kèm như tình trạng tắc nghẽn phức hợp lỗ thông (OMC) hay khả năng đồng mắc với nấm xoang, vốn là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến kế hoạch và kết quả điều trị. Vì vậy, việc thực hiện một nghiên cứu mô tả sâu về các đặc điểm này là vô cùng cần thiết, nhằm cung cấp dữ liệu khoa học và thực tiễn, góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu cho người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu bao gồm mô tả các đặc điểm hình ảnh học của bệnh lý viêm xoang hàm do răng trên phim CT và phân loại các đặc điểm này theo hệ thống của Di Girolamo (2022). Mô tả đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và các nguyên nhân gây viêm xoang do răng ở nhóm NB nghiên cứu. Khảo sát tỷ lệ tắc nghẽn phức hợp lỗ thông và tỷ lệ đồng mắc với nấm xoang hàm trên phim CT ở nhóm NB nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả hàng loạt ca bệnh theo phương pháp hồi cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Thời gian và địa điểm: NB được chẩn đoán và điều trị ODS tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025.

Cỡ mẫu: 34 NB được chẩn đoán ODS với bằng chứng "Xác định" hoặc "Nhiều khả năng".

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ NB từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ODS dựa trên tiêu chuẩn được đồng thuận năm 2024[5], bao gồm: (1) Triệu chứng lâm sàng của viêm xoang hàm, có hoặc không có triệu chứng răng miệng; (2) Có răng bệnh ở cung răng trên cùng bên với xoang hàm bị viêm, với tổn thương quanh chóp hoặc tiêu xương ổ răng nghiêm trọng trên phim CT/CBCT; (3) Có dị vật trong xoang hàm hoặc lỗ dò miệng-xoang cùng bên; (4) Hình ảnh CT/CBCT cho thấy mức khí-dịch hoặc mờ đặc xoang hàm hoặc niêm mạc xoang hàm dày (>2mm) giới hạn ở vùng tổn thương răng miệng cùng bên, với một trong các đặc điểm: mất liên tục của sàn xoang (bằng chứng "Xác định") (Hình 1) hoặc còn lại một lớp xương sàn mỏng giữa tổn thương răng và xoang (bằng chứng "Nhiều khả năng") (Hình 2).

+ Có phim CT hoặc CBCT vùng hàm mặt đủ chất lượng, bao phủ toàn bộ xoang hàm và các răng liên quan.

Hình 1: Hình ảnh CT-scan của một NB ODS với bằng chứng "Xác định"

(A) Lát cắt Coronal và (B) Lát cắt Sagittal cho thấy sự mất liên tục hoàn toàn của sàn xoang hàm trái (mũi tên) tại vị trí tổn thương răng.

Hình 2: Hình ảnh CT-scan của một NB ODS với bằng chứng "Nhiều khả năng"

(A) Lát cắt Coronal và (B) Lát cắt Sagittal cho thấy lớp xương sàn xoang hàm phải rất mỏng nhưng vẫn còn liên tục (mũi tên), ngăn cách giữa tổn thương răng và lòng xoang.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm NB có tiền sử phẫu thuật mũi xoang. Có bằng chứng về các nguyên nhân khác gây viêm xoang (u, bệnh lý tự miễn...). Phim CT/CBCT có quá nhiều xảo ảnh kim loại cản trở đánh giá.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Thu thập dữ liệu được hồi cứu từ hồ sơ bệnh án và hệ thống lưu trữ hình ảnh (PACS). Các biến số được thu thập bao gồm:

+ Nhân khẩu học và lâm sàng: Tuổi, giới, thời gian bệnh, các triệu chứng (đau/nặng mặt, chảy mũi mủ, nghẹt mũi, hôi mũi, đau răng), và các dấu hiệu ghi nhận qua nội soi.

+ Nguyên nhân: Răng gây bệnh, phân loại nguyên nhân (viêm quanh chóp, bệnh nha chu, do thủ thuật nha khoa trước đó, nang răng, hoặc phối hợp).

+ Đặc điểm hình ảnh học: Các đặc điểm bao gồm tính liên tục sàn xoang, phản ứng thành xương, mức độ và hình thái dày niêm mạc, tình trạng lòng xoang, tắc nghẽn OMC, sự lan rộng các xoang khác, và các dấu hiệu gợi ý nấm xoang.

Phân loại hình ảnh học: Nghiên cứu áp dụng hệ thống phân loại của Di Girolamo (2022)[4] để đánh giá các tổn thương trên CT/CBCT. Hệ thống này phân loại các phát hiện thành các nhóm có ý nghĩa định hướng điều trị:

+ Loại I: Dày niêm mạc (Mucosal thickening - MT) < 2 mm (không bệnh lý).

+ Loại IIA: MT 2 - <5 mm, khu trú ở sàn xoang (gần như sinh lý, có thể theo dõi).

+ Loại IIB: MT ≥ 5 mm, khu trú ở sàn xoang (bệnh lý do răng, cần điều trị nha khoa).

+ Loại IIIA: MT ≥ 5 mm, dày đồng tâm, với tắc nghẽn phức hợp lỗ thông, có/không lan ra các xoang cạnh mũi khác (bệnh lý xoang do rối loạn thông khí, cần phẫu thuật mở thông xoang).

+ Loại IIIB: Có polyp, nang ứ dịch, u nhầy, hoặc dị vật răng trong lòng xoang (cần phẫu thuật nội soi mũi xoang).

+ Loại IV: Có lỗ dò miệng-xoang (cần phẫu thuật đóng lỗ dò).

Đánh giá đồng mắc nấm xoang ghi nhận có hình ảnh gợi ý nấm xoang trên CT nếu có ít nhất một trong các đặc điểm sau: hiện diện của thành phần tăng đậm độ (vôi hóa hoặc kim loại) trong lòng xoang; dày và xơ hóa thành xương xoang; bờ niêm mạc xoang dày không đều, có dạng đa cung hoặc răng cưa. Chẩn đoán được xác nhận khi phẫu thuật thấy khối nấm hoặc kết quả giải phẫu bệnh dương tính.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn (hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị). Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng. Nghiên cứu bao gồm 34 NB (18 nam và 16 nữ), với độ tuổi trung bình là 49,29 ± 14,81 (18-73). Thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đến khi được chẩn đoán là 8,82 tháng.

Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là chảy mũi mủ một bên (79,4%), tiếp theo là mũi có mùi hôi (61,8%) và đau/nặng vùng mặt cùng bên (47,1%). Kết quả nội soi mũi xoang cho thấy có mủ ở khe giữa là dấu hiệu thường gặp nhất (82,4%) (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng (n=34)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới (Nam/Nữ)	18/16	52,9/47,1
Triệu chứng lâm sàng		
Chảy mũi mủ	27	79,4
Mũi có mùi hôi	21	61,8
Đau/nặng mặt	16	47,1
Đau răng	11	32,4
Nghẹt mũi	9	26,5
Dấu hiệu nội soi (khe giữa)		
Có mủ	28	82,4
Phù nề	10	29,4
Polyp	1	2,9
Thông thoáng hoặc nhầy trong	6	17,6

3.2. Đặc điểm nguyên nhân gây viêm xoang do rang. Trong số 34 NB, có 30 trường hợp (88,2%) được chẩn đoán với bằng chứng "Xác định" và 4 trường hợp (11,8%) với bằng chứng "Nhiều khả năng".

Phân tích nguyên nhân cho thấy viêm quanh chóp là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm 44,1%. Răng cối lớn thứ nhất (R6) và thứ hai (R7) là các răng gây bệnh thường gặp nhất. (Bảng 2)

Bảng 2: Phân bố các nguyên nhân và răng gây bệnh (n=34)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phân loại nguyên nhân		
Viêm quanh chóp	15	44,1
Do can thiệp thủ thuật nha khoa trước đó	11	32,4
Bệnh nha chu	3	8,8
Nang răng	1	2,9
Phối hợp nhiều nguyên nhân	4	11,8
Răng nguyên nhân		

Răng cối lớn thứ nhất (R16,R26)	14	41,2
Răng cối lớn thứ hai (R17,R27)	13	38,2
Răng cối lớn thứ ba (R18,R28)	8	23,5
Răng cối nhỏ thứ nhất (R14,R24)	1	2,9
Răng cối nhỏ thứ hai (R15,R25)	4	11,8

3.3. Đặc điểm hình ảnh học và các tổn thương đi kèm. Tất cả 34 NB (100%) đều có biểu hiện viêm xoang một bên trên CT. Đáng chú ý, tình trạng dày niêm mạc lan tỏa (>5mm) chiếm tỷ lệ tuyệt đối (100%) (Bảng 3).

Có 6 NB (17,6%) có dấu hiệu hình ảnh gợi ý nấm xoang trên CT (Bảng 3).. Trong số này, có 3 trường hợp được xác nhận có nấm qua phẫu thuật và/hoặc giải phẫu bệnh, chiếm tỷ lệ 8,8%.

Bảng 3: Đặc điểm hình ảnh học trên CT-scan và các tổn thương đi kèm (n=34)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm sàn xoang		
Có lỗ dò miệng-xoang	17	50,0
Mất liên tục sàn xoang	25	73,5
Đặc điểm niêm mạc		
Dày niêm mạc >5mm	34	100
Dày niêm mạc lan tỏa	34	100
Đặc điểm lòng xoang		
Mờ hoàn toàn	28	82,4
Mờ một phần	6	17,6
Có thành phần tăng đậm độ	5	14,7
Phản ứng thành xương (dày/xơ hóa)	8	23,5
Tổn thương đi kèm		
Lan ra các xoang khác	14	41,2
Tắc nghẽn OMC	33	97,1
Gợi ý nấm xoang trên CT	6	17,6

3.4. Phân loại theo Di Girolamo và cộng sự (2022). Kết quả phân loại hình ảnh học cho thấy phần lớn NB trong nghiên cứu thuộc các nhóm cần can thiệp ngoại khoa. Cụ thể, loại IV (có lỗ dò miệng-xoang) chiếm tỷ lệ cao nhất với 17 trường hợp (50,0%). Loại IIIA đứng thứ hai với 15 trường hợp (44,1%). Chỉ có 2 trường hợp (5,9%) thuộc Loại IIIB. Không có trường hợp nào được phân loại là Loại I, IIA hoặc IIB. (Hình 3)

Hình 3: Phân bố các loại tổn thương niêm mạc xoang hàm theo phân loại Di Girolamo

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi phân tích các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của 34 NB viêm xoang do răng, cung cấp dữ liệu thực tiễn về một bệnh lý thường bị bỏ sót và chưa có sự thống nhất cao trong chiến lược điều trị phối hợp tại Việt Nam.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 49,29, nằm trong khoảng 40-60 tuổi thường được báo cáo.[1,3] Tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1, tương tự với báo cáo của Craig[1] khi ghi nhận bệnh ảnh hưởng đến cả hai giới một cách tương đương. Về các triệu chứng lâm sàng, chảy mũi mủ một bên là biểu hiện thường gặp nhất (79,4%). Tỷ lệ này rất tương đồng với con số 81% được báo cáo trong nghiên cứu của Hoskison.[6] Tương tự, mũi có mùi hôi, một triệu chứng rất gợi ý ODS, xuất hiện ở 61,8% NB. Tỷ lệ này nằm trong khoảng dao động từ 26% đến 73% đã được ghi nhận trong báo cáo của George[2] và Psillas.[7] Đáng chú ý, chỉ có 32,4% NB bị đau răng, củng cố mạnh mẽ cho nhận định của nhiều tác giả rằng 'đau răng thường không có trong bệnh sử của ODS'[2,3] và đây có thể là lý do chính khiến ODS thường bị bỏ sót trong chẩn đoán ban đầu.

Về nguyên nhân gây bệnh, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận viêm quanh chóp là nguyên nhân hàng đầu (44,1%), theo sau là nguyên nhân do can thiệp nha khoa trước đó (32,4%). Kết quả này phù hợp với xu hướng gần đây được chỉ ra trong tổng quan của George[2], cho thấy tỷ lệ ODS do bệnh lý nội nha đang ngày càng tăng và gần như tương đương với nguyên nhân do điều trị. Sự thay đổi này có thể do sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh giúp phát hiện tốt hơn các tổn thương quanh chóp kín đáo, cũng như sự cải thiện trong chất lượng các thủ thuật nha khoa. Về răng gây bệnh, răng cối lớn thứ nhất và thứ hai là các tác nhân chính, hoàn toàn nhất quán với nghiên cứu của Psillas[7], phù hợp với liên quan giải phẫu của chúng với sàn xoang hàm.

Về hình ảnh học, một phát hiện nổi bật là 100% NB đều thuộc các loại cần can thiệp theo phân loại của Di Girolamo, chủ yếu là Loại IV (50,0%) và Loại IIIA (44,1%). Việc không có các trường hợp Loại I và II là do tiêu chuẩn tuyển chọn của nghiên cứu, vốn chỉ bao gồm các NB đã có bằng chứng ODS rõ ràng. Đây là điểm khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu nền tảng của Di Girolamo, trong khi Di Girolamo khảo sát trên một quần thể nha khoa chung để xây dựng thang đo, nghiên cứu của chúng tôi áp dụng thang đo đó lên một quần thể đã được chẩn đoán xác định là ODS. Kết quả này cho thấy khi một NB được chẩn đoán ODS, bệnh cảnh của họ thường đã vượt qua giai đoạn thay đổi niêm mạc tối thiểu và biểu hiện ở các

thể cần can thiệp ngoại khoa.

Về các tổn thương đi kèm, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tắc nghẽn phức hợp lỗ thông trên CT rất cao, lên đến 97,1%. Tình trạng tắc nghẽn đường dẫn lưu chung này có thể lý giải cho phát hiện quan trọng thứ hai là có đến 41,2% trường hợp viêm lan ra các xoang lân cận (xoang sàng, xoang trán), một tỷ lệ phù hợp với báo cáo của Craig.[8] Sự kết hợp của hai tổn thương này phản ánh vòng luẩn quẩn bệnh lý, khi tắc nghẽn đường dẫn lưu làm viêm xoang không thể tự khỏi, và lý giải cho tỷ lệ thất bại cao (khoảng 40%) của điều trị nha khoa đơn thuần.[8] Qua đó, củng cố mạnh mẽ cho chỉ định phẫu thuật nội soi mũi xoang là cần thiết để giải quyết tắc nghẽn nhằm tái lập hệ thống dẫn lưu và phá vỡ vòng lặp bệnh lý này.[3,7] Bên cạnh đó, tỷ lệ đồng mắc nấm xoang được xác nhận là 8,8%, cho thấy tình trạng ứ đọng mạn tính do tắc nghẽn, kết hợp với sự hiện diện của các vật liệu trám bít ống tủy có thể tạo điều kiện thuận lợi cho nấm phát triển, một mối liên quan đã được Psillas[7] ghi nhận.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh thường gặp ở độ tuổi trung niên với các triệu chứng điển hình là chảy mũi mủ một bên và hôi mũi, trong đó viêm quanh chóp là nguyên nhân hàng đầu (44,1%). Về hình ảnh học, ODS chủ yếu biểu hiện ở các thể bệnh cần can thiệp ngoại khoa (Loại IV và IIIA chiếm 94,1%), đi kèm với tỷ lệ tắc nghẽn phức hợp lỗ thông rất cao (97,1%) và tỷ lệ đồng mắc nấm xoang là 8,8%. Tỷ lệ cao các thể bệnh cần can thiệp và tắc nghẽn OMC trong nghiên cứu này nhấn mạnh vai trò của CT trong việc đánh giá toàn diện ODS, từ đó định hướng chiến lược điều trị phối hợp đa chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Craig JR.** Odontogenic sinusitis: A state-of-the-art review. World journal of otorhinolaryngology - head and neck surgery. 2022;8(1):8-15.
2. **George M, Noor A, Thorpe ARDS, Sritharan N, Riffat FJOS.** Odontogenic sinusitis: A literature review. 2024;17(2):170-178.
3. **Little RE, Long CM, Loehrl TA, Poetker DM.** Odontogenic sinusitis: A review of the current literature. Laryngoscope investigative otolaryngology. 2018;3(2):110-114.
4. **Di Girolamo S, Martino F, Guerrieri M, et al.** Odontogenic Maxillary Sinusopathies: a Radiological Classification. Journal of maxillofacial and oral surgery. 2022;21(1):141-149.
5. **Lin J, Wang C, Wang X, et al.** Expert consensus on odontogenic maxillary sinusitis multi-disciplinary treatment. International journal of oral science. 2024;16(1):11.
6. **Hoskison E, Daniel M, Rowson JE, Jones NS.** Evidence of an increase in the incidence of odontogenic sinusitis over the last decade in the UK. The Journal of laryngology and otology. 2012;126(1):43-46.
7. **Psillas G, Papaioannou D, Petsali S, Dimas GG, Constantinidis J.** Odontogenic maxillary sinusitis: A comprehensive review. Journal of dental sciences. 2021;16(1):474-481.
8. **Craig JR, Saibene AM, Felisati G.** Sinusitis Management in Odontogenic Sinusitis. Otolaryngologic clinics of North America. 2024;57(6):1157-1171.

HIỆU QUẢ TIÊM SỚM COLLAGEN THỦY PHÂN TRỌNG LƯỢNG PHÂN TỬ THẤP SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI

Nguyễn Tiến Thành[1], Nguyễn Quốc Dũng[1], Nguyễn Năng Giỏi[1], Cao Việt Dũng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của việc sử dụng sớm Collagen thủy phân trọng lượng phân tử thấp trong phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc có đối chứng trên 60 bệnh nhân tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 3 đến tháng 12 năm 2024. Đánh giá theo thang điểm IKDC 2000 và KOOS. **Kết quả:** Chỉ số IKDC thời điểm 9 tuần: Tỷ lệ nhóm điều trị/ nhóm chứng đạt loại A là 21/6, ở thời điểm 12 tuần là 22/14; điểm KOOS ở thời điểm 12 tuần sau mổ: 89,13 ± 2,4 so với nhóm chứng 80,2 ± 1,64, p=0,003. **Kết luận:** Sử dụng Collagen thủy phân trọng lượng phân tử thấp an toàn và cải thiện vượt trội về các chỉ số chức năng, giúp hỗ trợ phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước.

Từ khóa: Collagen thủy phân; Collagen peptide; Phẫu thuật Nội soi tái tạo dây chằng chéo trước; Khớp gối.

[1]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Chịu trách nhiệm: Nguyễn Tiến Thành
Email: tienthanh.hvqy@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.7.2025
Ngày duyệt bài: 27.8.2025

SUMMARY

EFFICACY OF EARLY ADMINISTRATION OF LOW MOLECULAR WEIGHT HYDROLYZED