$PaCO_2$ máu. $PaCO_2$ máu là yếu tố trực tiếp đánh giá hiệu quả thở máy ở người bệnh suy hô hấp do BPTNMT. Theo kết quả của chúng tôi. $PaCO_2$ máu trung bình ở nhóm thành công thấp hơn nhóm thất bại ở tất cả các thời điểm nhưng sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê ở các thời điểm sau thở máy 12h và 24h với $p < 0,05$. Ở nhóm thành công $PaCO_2$ giảm ngay sau TKKXN từ 63,34 mmHg lúc bắt đầu còn 61,02 mmHg sau 1h, trở về mức 56 mmHg sau 24h. Như vậy, $PaCO_2$ không quá cao và $PaCO_2$ trong quá trình điều trị có xu hướng giảm dần dự báo thành công của điều trị.

Tỷ lệ thành công. Kết quả NC của chúng tôi cho thấy, thở máy không xâm nhập đã làm giảm 80% người bệnh phải đặt ống nội khí quản và thở máy xâm nhập. Các người bệnh này sau quá trình thở máy không xâm nhập tiếp tục được theo dõi và điều trị nội khoa tại bệnh viện. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đỗ Xuân Cảnh và Hà Ngọc Thuỷ. Điều này có thể giải thích dựa trên đối tượng nghiên cứu, đối tượng NC của chúng tôi đều được chỉ định điều trị tại khoa Hô hấp, chưa có chỉ định điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực; tình trạng toan hoá máu chưa trầm trọng và khả năng còn bù cao hơn nhóm có chỉ định chuyển Hồi sức tích cực; do vậy tỷ lệ thành công cao hơn các tác giả trên.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công, đáp ứng với thở máy của NC rất cao , đạt 80%. Cụ thể các chỉ số tần số thở; tần số tim; huyết áp trung bình giảm dần trong quá trình thở máy. SpO_2 tăng dần và tình trạng tím cải thiện sau thở máy, pH và PaO_2 máu tăng dần trong quá trình thở máy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vestbo, Hurd, Agustí, et al** (2013). "Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary". Am J Respir Crit Care Med; 187(4):347-365.
2. **Arsude, Sontakke, Jire** (2019). "Outcome of Noninvasive Ventilation in Acute Respiratory Failure". Indian J Crit Care Med; 23(12):556-561.
3. **Osadnik, Tee, Carson-Chahhoud, et al** (2017). "Non-invasive ventilation for the management of acute hypercapnic respiratory failure due to exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease". Cochrane Database Syst Rev; 7(7):Cd004104.
4. **Stoltzfus** (2006). "The role of noninvasive ventilation: CPAP and BiPAP in the treatment of congestive heart failure". Dimens Crit Care Nurs; 25(2):66-70.
5. **Nguyễn Thị Xuyên; Đinh Ngọc Sỹ; Nguyễn Viết Nhung** (2010). "Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam". Tạp chí y học thực hành; 2(704):8-10.
6. **Bhattacharyya, Prasad, Tampi, et al** (2011). "Early predictors of success of non-invasive positive pressure ventilation in hypercapnic respiratory failure". Med J Armed Forces India; 67(4):315-319.
7. **Trần Hoàng Thành; Thái Thị Huyền** (2007). "Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng đợt cấp của 150 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính điều trị nội trú tại khoa hô hấp bệnh viện Bạch Mai theo phân loại của Anthonisen". Nghiên cứu Y học; 5:100-102.
8. **Đỗ Xuân Cảnh** (2016). Đánh giá hiệu quả thở máy không xâm nhập bằng máy BIPAP trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có tăng CO2 tại trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
9. **GOLD;** (2022). "Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD". Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.
10. **Hà Ngọc Thủy** (2018). Đánh giá kết quả thở máy không xâm nhập trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Trung ương, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đai học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ LAO MÀO TINH – TINH HOÀN

Nghiêm Phương Thảo[1,2], Trần Việt Thắng[2], Nguyễn Chí Phong[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh lao mào tinh-tinh hoàn trên cộng hưởng từ (CHT). **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca trên tất cả các trường hợp được chẩn đoán xác định lao mào tinh - tinh hoàn trên giải phẫu bệnh hoặc vi sinh hoặc hoá mô miễn dịch và được chụp CHT tinh hoàn trước điều trị. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian từ 01/01/2019 đến 30/09/2025 có 35 trường hợp lao mào tinh- tinh hoàn được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 44,2 ± 15,2 tuổi. Có 1 trường hợp (TH) (chiếm 2,9%) có tiền căn lao phổi. Đa số các trường hợp chỉ có tổn thương ở mào tinh (62,9%), sau đó là tổn thương lan toả ở mào tinh và tinh hoàn (34,2%) và rất ít TH chỉ tổn thương đơn độc ở tinh hoàn (2,9%). Tổn thương mào tinh gặp chủ yếu ở đầu và đuôi mào tinh với tỷ lệ lần lượt là 80% và 82,9%, trong khi thân mào tinh bị

[1]*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
[2]*Bệnh viện Bình Dân*
Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo
Email: nghiemphuongthaoy2003@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025
Ngày duyệt bài: 27.11.2025

ảnh hưởng ít hơn (45,7%). Tổn thương ở mào tinh biểu hiện rất đa dạng, trong đó nốt có hoại tử trung tâm là thường gặp nhất (39,4%). Về đặc điểm tín hiệu của tổn thương, đa số các tổn thương ở mào tinh đồng tín hiệu trên chuỗi xung T1W (55,9%) và tín hiệu thấp trên chuỗi xung T2W (50%). Tương tự, đa số tổn thương ở tinh hoàn đồng tín hiệu (57,1%) trên chuỗi xung T1W và tín hiệu hỗn hợp trên chuỗi xung T2W (57,1%). Đa số tổn thương ở mào tinh và tinh hoàn bắt thuốc không đồng nhất (tỉ lệ lần lượt là 88,2% và 97,8%). Bắt thuốc viền và hoại tử trung tâm là các đặc điểm thường gặp ở tổn thương ở mào tinh lẫn tinh hoàn (chiếm khoảng 76%). **Kết luận:** CHT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn rất hữu ích trong chẩn đoán các bệnh lý tinh hoàn và bìu, đặc biệt trong chẩn đoán chính xác và sớm các trường hợp lao mào tinh – tinh hoàn, giúp bác sĩ lâm sàng lập kế hoạch điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

Từ khóa: cộng hưởng từ, lao, mào tinh, tinh hoàn.

SUMMARY

MRI CHARACTERISTICS OF EPIDIDYMAL–TESTICULAR TUBERCULOSIS

Objective: To describe the magnetic resonance imaging (MRI) features of epididymal–testicular tuberculosis. **Methods:** This was a retrospective descriptive case series including all patients with histopathological, microbiological, or immunohistochemical confirmation of epididymal–testicular tuberculosis who underwent pre-treatment scrotal MRI. **Results:** Between [study period], 35 patients diagnosed with epididymal–testicular tuberculosis were included. The mean age was 44.2 ± 15.2 years. Only one patient (2.9%) had a history of pulmonary tuberculosis. Most cases involved isolated epididymal lesions (62.9%), followed by combined epididymal and testicular involvement (34.2%), while isolated testicular lesions were uncommon (2.9%). Epididymal lesions were most frequently observed in the head (80%) and tail (82.9%), whereas the body was less commonly affected (45.7%). The imaging appearance of epididymal lesions was diverse; nodules with central necrosis were the most common pattern (39.4%). Regarding signal characteristics, most epididymal lesions were isointense on T1-weighted images (55.9%) and hypointense on T2-weighted images (50%). Similarly, most testicular lesions were isointense on T1-weighted images (57.1%) and showed mixed signal intensity on T2-weighted images (57.1%). The majority of epididymal and testicular lesions demonstrated heterogeneous enhancement (88.2% and 97.8%, respectively). Peripheral rim enhancement with central necrosis was a common finding in both epididymal and testicular lesions (approximately 76%). **Conclusion:** MRI is a valuable noninvasive imaging modality for evaluating scrotal and testicular diseases. It plays an important role in the early and accurate diagnosis of epididymal–testicular tuberculosis, facilitating appropriate treatment planning for affected patients.

Keywords: magnetic resonance imaging, tuberculosis, epididymis, testis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao Mycobacterium tuberculosis gây nên. Trong cơ thể, bất kì cơ quan hay vị trí nào cũng có thể bị nhiễm lao, khi lao xảy ra ở bên ngoài phổi gọi là lao ngoài phổi, trong đó có lao tiết niệu-sinh dục[1,2] Lao tiết niệu-sinh dục xuất hiện ở tất cả các độ tuổi nhưng nhiều nhất ở nam giới từ 30 – 50 tuổi[3], do diễn biến âm thầm và các triệu chứng khởi phát muộn, đồng thời là một thể lao khó chẩn đoán và ít khi được nghĩ đến khiến công tác chẩn đoán và điều trị bị trì hoãn, dẫn đến tỉ lệ phá hủy cơ quan sinh dục và suy thận cao, vì vậy việc chẩn đoán sớm là điều rất quan trọng trong lao tiết niệu-sinh dục[1]. Vị trí thường gặp nhất của lao sinh dục nam là mào tinh và tuyến tiền liệt[4,5]. Lao tinh hoàn gần như luôn thứ phát kèm sau lao mào tinh, khi đó gọi là lao mào tinh-tinh hoàn[5], hiếm khi có lao mào tinh đơn độc và lao tinh hoàn đơn độc. Siêu âm bìu được xem là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đầu tiên trong khảo sát các tổn thương vùng bẹn bìu do mức độ phổ biến, giá rẻ, độ nhạy cao, tuy nhiên lại bị phụ thuộc vào người thực hiện, trường khảo sát nhỏ và khó mô tả tính chất của mô. Trong khi đó, cộng hưởng từ (CHT) đã được chứng minh rất hữu ích trong chẩn đoán các bệnh lý tinh hoàn và bìu, với ưu thế trường khảo sát rộng, khả năng dựng đa mặt phẳng, độ tương phản mô mềm cao cho phép định vị chính xác các tổn thương giúp chẩn đoán phân biệt các bệnh lý. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh CHT của các trường hợp lao mào tinh-tinh hoàn, từ đó giúp chẩn đoán sớm bệnh lý này nhằm bảo tồn cơ quan sinh dục cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

**** Tiêu chuẩn chọn mẫu:*** - Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán lao tinh hoàn – mào tinh hoàn và được chụp CHT trước điều trị theo đúng quy trình chụp CHT tinh hoàn tại bệnh viện Bình Dân.

- BN có kết quả giải phẫu bệnh/vi sinh/hoá mô miễn dịch chẩn đoán xác định lao tinh hoàn-mào tinh hoàn

**** Tiêu chuẩn loại trừ:***

- Kết quả giải phẫu bệnh/vi sinh/hoá mô miễn dịch không rõ ràng.

- Hình ảnh CHT không được lưu trữ đầy đủ trên hệ thống PACS của bệnh viện Bình Dân.

- Hình ảnh CHT có nhiều xảo ảnh gây hạn chế khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

****Thiết kế nghiên cứu:*** Hồi cứu, mô tả loạt ca.

**** Kỹ thuật thu thập số liệu:***

- Quy trình chụp CHT tinh hoàn tại bệnh viện

Bình Dân

Hình ảnh CHT được chụp bằng máy SIGNA Explorer GE Healthcare 1,5 Tesla theo quy trình chụp CHT tinh hoàn tại bệnh viện Bình Dân. BN nằm ngửa, phần bìu được nâng lên và đặt trên lớp khăn giấy che ngang giữa hai đùi. Sử dụng cuộn khảo sát vùng bụng đặt trên vùng bẹn bìu để thu phát tín hiệu. Các chuỗi xung không tiêm thuốc được chụp lần lượt là T2W, T1W, T1W xóa mỡ, DWI b0 – b400 – b800 s/mm^2. Sau đó, thuốc tương phản từ Dotarem (Gadoteric acid) được tiêm tĩnh mạch với liều 0,1 mmol/kg (0,2 ml/kg), tốc độ bơm 2ml/giây và thực hiện thêm các chuỗi xung 3D LAVA Flex sau tiêm thuốc tương phản từ.

- Các biến số nghiên cứu: biến số chung (tuổi), phương pháp chẩn đoán xác định lao (vi sinh, hoá mô miễn dịch, giải phẫu bệnh), vị trí tổn thương (mào tinh, tinh hoàn, lan toả mào tinh và tinh hoàn), dạng tổn thương ở mào tinh, tín hiệu trên chuỗi xung T1W và T2W, tính chất bắt thuốc, thành phần tổn thương.

a b

Hình 1. Hình ảnh CHT lao mào tinh-tinh hoàn với nhiều tổn thương dạng nang không bắt thuốc ở tinh hoàn hai bên

"Nguồn: Naeem M, 2021"[6]

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0

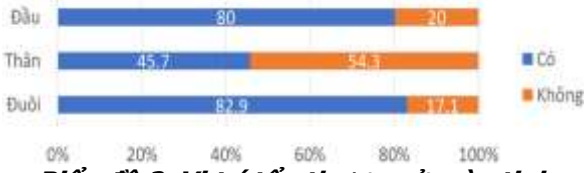
2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu khảo sát dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên bệnh nhân, không thu thập thông tin tiết lộ danh tính cá nhân và mọi dữ liệu được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 01/01/2019 đến 30/09/2025 có 35 trường hợp lao mào tinh – tinh hoàn được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh (33 trường hợp, chiếm 94,3%), hoá mô miễn dịch (2,9%), AFB (+) (2,9%), không có trường hợp nào được chẩn đoán xác định bằng FNA.

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là: 44,2 ± 15,2 tuổi (thấp nhất là 13 tuổi, cao nhất là 73 tuổi). Có 1 trường hợp (chiếm 2,9%) có tiền căn lao phổi. Đa số các trường hợp chỉ có tổn thương ở mào tinh (22/35 TH, chiếm 62,9%), sau đó là tổn thương lan toả ở mào tinh và tinh hoàn 12/35 TH (chiếm 34,2%) và rất ít TH chỉ tổn thương đơn độc ở tinh hoàn (2,9%)

Biểu đồ 1. Vị trí tổn thương ở tinh hoàn và mào tinh



Biểu đồ 2. Vị trí tổn thương ở mào tinh

Tổn thương mào tinh gặp chủ yếu ở đầu và đuôi mào tinh với tỷ lệ lần lượt là 80% và 82,9%, trong khi thân mào tinh bị ảnh hưởng ít hơn (45,7%).

Bảng 1. Dạng tổn thương mào tinh

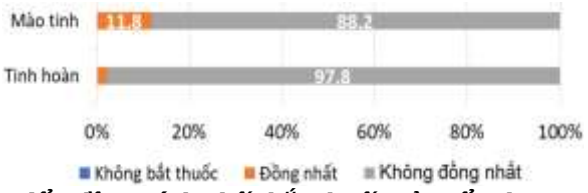
Dạng	Tần số	Tỷ lệ
Nốt ở đuôi mào tinh	6	18,2%
Nốt lưỡng cực	1	3%
Nốt có hoại tử trung tâm	13	39,4%
Lớn lan tỏa	3	9,1%
Nốt lớn lan tỏa	8	24,2%
Nốt kê	0	0%
Không thuộc dạng nào	3	8,8%
Tổng	34	100%

Về đặc điểm tín hiệu của tổn thương, đa số các tổn thương ở mào tinh đồng tín hiệu trên chuỗi xung T1W (55,9%) và tín hiệu thấp trên chuỗi xung T2W (50%). Tương tự, đa số tổn thương ở tinh hoàn đồng tín hiệu trên chuỗi xung T1W (57,1%) và tín hiệu hỗn hợp trên chuỗi xung T2W (57,1%). (Bảng 2)

Bảng 2. Đặc điểm tín hiệu của tổn thương trên CHT

Chuỗi xung	Tín hiệu	Mào tinh (tỉ lệ %)	Tinh hoàn (tỉ lệ%)
Chuỗi xung T1W	Tín hiệu thấp	2,9	0
	Đồng tín hiệu	55,9	57,1
	Tín hiệu cao	17,6	14,3
	Tín hiệu hỗn hợp	23,5	28,6
Chuỗi xung T2W	Tín hiệu thấp	50,0	42,9
	Đồng tín hiệu	8,8	0
	Tín hiệu cao	0	0
	Tín hiệu hỗn hợp	41,2	57,1

Đa số tổn thương ở mào tinh và tinh hoàn bắt thuốc không đồng nhất (biểu đồ 3)



Biểu đồ 3. Tính chất bắt thuốc của tổn thương

Bảng 3. Các đặc điểm khác của tổn thương trên CHT

Đặc điểm tổn thương	Mào tinh	Tinh hoàn
Bắt thuốc viền	76,5%	76,9%
Tổn thương có vách	2,9%	46,2%
Hoại tử trung tâm	76,5%	76,9%
Hoại tử tạo nang	2,9%	62,9%
Xuất huyết trong tổn thương	0	0
Vỏ bao	11,8%	15,4%
Tổn thương chứa mỡ	0	0

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nhóm lao mào tinh-tinh hoàn của nghiên cứu là 44,2 ± 15,2 tuổi, dao động từ 13 đến 73, theo báo cáo y văn, lao sinh dục thường xuất hiện ở nam giới trong độ tuổi 30-50 tuổi (mặc dù có thể gặp ở mọi lứa tuổi)[7,8]. Chúng tôi ghi nhận chỉ có 1 trường hợp có tiền căn lao phổi. Các nghiên cứu trước đây về lao sinh dục nam cũng đã nêu rằng trong rất nhiều trường hợp, bệnh nhân không có tiền sử lao rõ ràng, làm cho việc chẩn đoán trở nên khó khăn. Chúng tôi ghi nhận đa số tổn thương nằm ở mào tinh (62,9%), đặc biệt đuôi mào tinh là vị trí hay gặp tổn thương nhất (82,9%), điều này phù hợp với y văn rằng trong các trường hợp lao của hệ sinh dục-nam, phần mào tinh (đặc biệt đuôi mào tinh) thường bị ảnh hưởng đầu tiên hoặc rõ rệt hơn so với tinh hoàn. Theo cơ chế bệnh sinh của lao sinh dục nam, vi khuẩn thường lan ngược dòng hoặc theo mạch từ niệu quản/ống dẫn tinh tới mào tinh trước, rồi từ mào tinh lan sang tinh hoàn trong giai đoạn muộn của bệnh. Muttarak và cộng sự (2001)[9] đã nhấn mạnh rằng lao tinh hoàn thường là bước tiến triển từ lao mào tinh, chứ không phải tổn thương nguyên phát ở tinh hoàn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong các trường hợp có tổn thương ở mào tinh thì vị trí chủ yếu ở đầu mào tinh (80 %) và đuôi mào tinh (82,9%). Điều này có thể được giải thích là đầu và đuôi mào tinh là nơi có cấu trúc ống dày đặc và dễ ứ đọng dịch – môi trường thuận lợi cho viêm lao phát triển.

Về hình dạng tổn thương ở mào tinh, nốt có hoại tử trung tâm chiếm tỉ lệ cao nhất (39,4%) phản ánh đặc điểm đặc trưng của lao mào tinh với hoại tử bã đậu trung tâm và phản ứng viêm mạn tính quanh vùng hoại tử. Tác giả Nepal P (2019) đã mô tả tổn thương lao trên siêu âm có thể là nốt hoặc nhiều nốt giảm âm. Tương tự, một nghiên cứu khác của tác giả Li S (2021) cũng đưa ra kết luận tổn thương dạng nốt khu trú là biểu hiện thường gặp của lao mào tinh-tinh hoàn.

Về đặc điểm tín hiệu của tổn thương trên chuỗi xung T1W và chuỗi xung T2W, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Yang và cộng sự (2025), mô tả tổn thương lao đa phần đồng tín hiệu (50%) và tỉ lệ tổn thương có tín hiệu thấp trên chuỗi xung T1W rất thấp (7,1%)[10]. Một số công trình y văn cho rằng tổn thương do lao mào tinh-tinh hoàn thường biểu hiện tín hiệu T2W thấp do thành phần hoại tử bã đậu hoặc sợi hóa trong mô.

Về tính chất bắt thuốc, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số tổn thương bắt thuốc không đồng nhất chiếm (97,8 % ở tinh hoàn và 88,2 % ở mào tinh). Theo y văn, tổn thương do lao mào tinh-tinh hoàn thường được mô tả là các ổ u hạt/áp-xe với hoại tử bã đậu và xơ hóa[4], dẫn tới cấu trúc mô hỗn hợp và bắt thuốc không đồng đều.

Tỉ lệ bắt thuốc viền trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, chiếm 76,5 % tổn thương ở mào tinh và 76,9 % ở tinh hoàn. Theo tổng quan về hình ảnh học của lao hệ niệu sinh dục của tác giả Naeem (2021), tác giả ghi nhận rằng hình ảnh bắt thuốc viền chiếm hơn 50% trường hợp lao và thường gặp ở các trường hợp lao hơn là do các nguyên nhân khác[6]. Bên cạnh đó, nghiên cứu của tác giả Michaelides (2010) mô tả một trường hợp lao tinh hoàn trong đó MRI cho thấy tổn thương có vỏ bắt thuốc và hoại tử trung tâm — một biểu hiện bắt thuốc viền đặc trưng cho lao. Bắt thuốc vách là đặc điểm ít gặp ở mào tinh nhưng tương đối phổ biến hơn ở tinh hoàn trong nhóm lao, gợi ý tình trạng hoại tử và xơ hóa không đồng nhất bên trong tổn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào có xuất huyết bên trong tổn thương. Theo y văn khoa học, biểu hiện xuất huyết trong tổn thương tinh hoàn thường liên quan với áp-xe viêm, u xoang huyết hoặc chấn thương, hơn là lao. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận định này — lao mào tinh-tinh hoàn, không ghi nhận trường hợp nào có xuất huyết trên hình ảnh CHT.

V. KẾT LUẬN

CHT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn rất hữu ích trong chẩn đoán các bệnh lý tinh hoàn và bìu, đặc biệt trong chẩn đoán chính xác và sớm các trường hợp lao mào

tinh – tinh hoàn, giúp bác sĩ lâm sàng lập kế hoạch điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu Lân, Nguyễn Đình Thắng.** Bệnh học lao - Giáo trình giảng dạy đại học & sau đại học. Khoa y - Bộ môn Lao và Bệnh phổi, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2024.
2. **Narita M, Spitters C.** Chapter 25 - Tuberculosis in Travelers and Immigrants. In: Sanford CA, Pottinger PS, Jong EC, eds. The Travel and Tropical Medicine Manual (Fifth Edition). Elsevier; 2017:356-370.
3. **Figueiredo AA, Lucon AM, Gomes CM, Srougi M.** Urogenital tuberculosis: patient classification in seven different groups according to clinical and radiological presentation. International braz j urol: official journal of the Brazilian Society of Urology. Jul-Aug 2008;34(4):422-32; discussion 432. doi:10.1590/s1677-55382008000400004
4. **Ramachandran A, Das CJ, Razik A.** Male genital tract tuberculosis: A comprehensive review of imaging findings and differential diagnosis. Review. Abdominal radiology (New York). Apr 2021; 46(4):1677-1686. doi:10.1007/s00261-020-02811-0
5. **Kulchavenya E, Kim C-S, Bulanova O, Zhukova I.** Male genital tuberculosis: epidemiology and diagnostic. World journal of urology. 2012/02/01 2012;30(1):15-21. doi:10.1007/s00345-011-0695-y
6. **Naeem M, Zulfiqar M, Siddiqui MA, et al.** Imaging Manifestations of Genitourinary Tuberculosis. RadioGraphics. 2021;41(4):1123-1143. doi:10.1148/rg.2021200154
7. **Figueiredo AA, Lucon AM, Srougi M.** Urogenital Tuberculosis. Microbiology spectrum. Jan 2017;5(1)doi:10.1128/microbiolspec.TNMI7-0015-2016
8. **Yadav S, Singh P, Hemal A, Kumar R.** Genital tuberculosis: current status of diagnosis and management. Translational andrology and urology. Apr 2017;6(2):222-233. doi:10.21037/tau.2016.12.04
9. **Muttarak M, Peh WC, Lojanapiwat B, Chaiwun B.** Tuberculous epididymitis and epididymo-orchitis: sonographic appearances. AJR American journal of roentgenology. Jun 2001;176(6): 1459-66. doi:10.2214/ajr.176.6. 1761459
10. **Yang B, Zhou R, Wang X, et al.** Magnetic resonance imaging features of epididymal and/or testicular tuberculosis: a case series. BMC medical imaging. May 12 2025;25(1):157. doi:10.1186/s12880-025-01699-w

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH NHÂN VIÊM BỜ MI DO DEMODEX TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Đỗ Tiến Sơn[1], Đặng Thị Thu Hoài[1], Phạm Thị Thanh Hằng[1], Nguyễn Hồng Hiếu[1], Phạm Thị Nguyệt Nga[1], Nguyễn Thị Loan[1], Đặng Thị Thu Hà[1], Lê Xuân Thiệp[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm bờ mi là tình trạng viêm hoặc nhiễm trùng mạn tính ở bờ mi, thường gặp, dễ tái phát có thể gây biến chứng nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm. Một trong những nguyên nhân phổ biến là do ký sinh trùng Demodex. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến bệnh nhân viêm bờ mi do Demodex tại Bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 31 bệnh nhân viêm bờ mi do Demodex khám tại Bệnh viện Đại học Kỹ Thuật Y tế Hải Dương từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Trong nghiên cứu bệnh xuất hiện chủ yếu ở nhóm trên 60 tuổi (61,3%) sống tại thành thị (87,1%), với tỉ lệ nữ/nam ≈ 2,8; hay tiếp xúc các yếu tố ô nhiễm (51,6%). Triệu chứng chủ yếu là ngứa mi (91,1%), cộm vướng (86,7%), vảy gàu (71,1%), rối loạn tuyến Meibomius (54,8%) và thị lực thường không giảm (61,3%). Viêm bờ mi do Demodex mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao (80,6%) có mối liên quan đến dấu hiệu rối loạn lông mi, chưa thấy mối liên quan đến đặc điểm chung hay một số triệu chứng lâm sàng. **Kết luận:** Viêm bờ mi do Demodex chủ yếu gặp ở người cao tuổi, nữ, sống đô thị, thường ở mức độ nhẹ, có triệu chứng điển hình như ngứa, cộm, vảy gàu, rối loạn tuyến Meibomius.

Từ khoá: Viêm bờ mi, Demodex.

[1]*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Smart City*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tiến Sơn
Email: son.dotien@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS OF DEMODEX BLEPHARITIS IN PATIENTS AT HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY HOSPITAL, 2024

Background: Bleapharitis is a common chronic eyelid inflammation that tends to recur and may cause complications if not diagnosed and treated in time. Recognition of Demodex mites as a potential causative factor has gained increasing attention in recent years.