

8. Theotoka D, Morkin MI, Galor A, Karp CL. Update on Diagnosis and Management of Conjunctival Papilloma. *Eye Vis.* 2019;6(1):18. doi:10.1186/s40662-019-0142-5
9. Buggage RR, Smith JA, Shen D, Chan CC. Conjunctival Papillomas Caused by Human Papillomavirus Type 33. *Arch Ophthalmol.* 2002;120(2):202-204. doi: 10.1001/archopht.120.2.202
10. Lassalle S, Maschi C, Caujolle JP, Giordanengo V, Hofman P. Inverted conjunctival papilloma: a certainly underestimated high-risk lesion for carcinomatous transformation-a case report. *Can J Ophthalmol J Can Ophtalmol.* 2017;52(1):e30-e31. doi:10.1016/j.cjco.2016.08.003

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM XOANG BƯỚM MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Nguyễn Trọng Tuấn¹, Tạ Trâm Anh¹

TÓM TẮT

Viêm xoang bướm mạn tính là một bệnh rất thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và có thể gây các biến chứng nặng nề.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm xoang bướm mạn tính được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2025 - 2026.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 54 bệnh nhân viêm xoang bướm mạn tính được phẫu thuật nội soi.

Kết quả: Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là chảy mũi (96,3%), 92,6% bệnh nhân có triệu chứng đau đầu. Vị trí đau đầu thường gặp là vùng đỉnh (27,8%), vùng chẩm (22,2%). Chủ yếu gặp đau âm ỉ liên tục 79,6%. Đa phần bệnh nhân có tình trạng chảy mũi sau (70,4%). Triệu chứng thực thể: tình trạng phù nề, polyp vách bướm sàng 61,1%, có 68,5% có dịch mủ ở vách bướm sàng. Trên phim CT scan: 57,4% viêm xoang bướm 1 bên, 52,8% có hình ảnh mờ toàn bộ xoang bướm. Đa số khối mờ xoang bướm có tỉ trọng đồng nhất (79,2%).

Từ khoá: viêm xoang bướm mạn tính, đặc điểm lâm sàng, CT scan.

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL OF CHRONIC SPHENOID SINUSITIS AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Chronic sphenoid sinusitis is a common disease that significantly affects patients' quality of life and may lead to serious complications.

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of chronic sphenoid sinusitis treated by endoscopic surgery at Vinh Medical University Hospital in 2025–2026.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 54 patients with chronic sphenoid sinusitis who underwent endoscopic surgery.

Results: The most common symptom was nasal discharge (96.3%), while 92.6% of patients presented with headache. The most frequent headache locations were the vertex (27.8%) and occipital region (22.2%). Persistent dull headache was the predominant pain pattern (79.6%). Postnasal drip was observed in 70.4% of patients. Endoscopic findings showed mucosal edema and/or polyps in the sphenoethmoidal recess in 61.1% of cases, and purulent discharge in this region in 68.5%. On CT scan, unilateral sphenoid sinusitis accounted for 57.4% of cases, and complete opacification of the sphenoid sinus was observed in 52.8%. Most sphenoid sinus opacities were homogeneous in density (79.2%).

Keywords: chronic sphenoid sinusitis; clinical characteristics; CT scan.

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Tuấn

Email: tuannnguyentrong1288@gmail.com

Mã bài: D124

Ngày nhận bài: 30/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 29/5/2026

Ngày duyệt bài: 30/6/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm xoang là tình trạng viêm của lớp niêm mạc lót trong xoang, đây là một bệnh lý rất thường gặp trong chuyên khoa Tai Mũi Họng. Theo ước tính, có khoảng 12% dân số ở Mỹ chịu ảnh hưởng của viêm mũi xoang cấp và mạn tính, chi phí trực tiếp để điều trị viêm mũi xoang khoảng 11 tỷ đô-la mỗi năm, chưa tính đến chi phí bị mất đi do giảm hiệu quả công việc. Trong các bệnh lý viêm xoang, viêm xoang bướm chiếm tỉ lệ thấp khoảng 2-3%, đây là tình trạng viêm hoặc nhiễm trùng niêm mạc xoang bướm [1]. Do vị trí giải phẫu xoang bướm nằm ở sâu và gần nhiều cấu trúc quan trọng như: thần kinh thị, động mạch cảnh trong, màng cứng, tuyến yên, xoang tĩnh mạch hang, các dây thần kinh vận nhãn và thần kinh sinh ba, ngăn cách với xoang bướm bởi thành xương mỏng [2]. Chính vì vậy viêm xoang bướm có biểu hiện rất đa dạng và thường mượn triệu chứng của các cơ quan khác làm cho việc chẩn đoán sớm rất khó khăn. Aubry đã từng gọi “viêm xoang không có viêm xoang” để ám chỉ viêm xoang bướm.

Ngày nay nhờ sự hỗ trợ của các phương tiện cận lâm sàng như nội soi, chụp cắt lớp vi tính nên việc chẩn đoán viêm xoang bướm được thuận lợi hơn. Viêm xoang bướm có thể điều trị nội khoa, tuy nhiên với những trường hợp điều trị nội thất bại cần được điều trị phẫu thuật. Để tìm hiểu về các đặc điểm lâm sàng, đánh giá vai trò của nội soi, chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm xoang bướm và đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi mở xoang bướm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm xoang bướm mạn tính bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân viêm xoang bướm mạn tính được tiến hành phẫu thuật nội soi tại khoa Tai Mũi Họng- Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh trong khoảng thời gian từ tháng 1/2025 đến

tháng 2/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm xoang bướm mạn tính đơn thuần hoặc viêm xoang bướm trong bệnh cảnh viêm mũi xoang, được chỉ định phẫu thuật nội soi mũi xoang. Bệnh nhân được tiến hành nội soi, chụp CT scan mũi xoang trước phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, có tiền sử phẫu thuật nội soi mở xoang bướm và không tuân thủ lịch tái khám sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: được tính theo công thức

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

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu; $\alpha = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; chọn $p = 0,97$ (Dựa trên nghiên cứu của Nguyễn Hữu Dũng có 97,3% trường hợp không ghi nhận tai biến, biến chứng sau PT nội soi xoang bướm [3]; $d = 0,05$;

Vậy cỡ mẫu của nghiên cứu tối thiểu là 45 mẫu. Trên thực tế nghiên cứu đã chọn được 54 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp.

- Đặc điểm lâm sàng:

+ Triệu chứng cơ năng: Đau đầu, ngạt mũi, chảy mũi, rối loạn ngủ. Được đánh giá theo thang điểm VAS

+ Triệu chứng thực thể: Được đánh giá qua nội soi. Bao gồm: tình trạng niêm mạc, tính chất dịch, khả năng quan sát ngách bướm sàng; tình trạng vách ngăn mũi và các dị hình mũi xoang (nếu có)

- Đặc điểm cận lâm sàng: Được đánh giá bằng phim CT scan bao gồm đặc điểm khối mờ xoang bướm, đặc điểm thành xoang bướm và các bất thường giải phẫu hốc mũi cùng bên xoang bướm viêm...

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng bệnh án nghiên cứu, hồ sơ bệnh án. Số liệu được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi: tuổi trung bình là $43,3 \pm 13,5$. Cao nhất là 69 tuổi, thấp nhất là 18 tuổi. Nhóm tuổi > 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao (77,8%).

- Giới tính: tỉ lệ nữ giới (51,9%) cao hơn so với nam giới (48,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Các triệu chứng thường gặp nhất là chảy mũi gặp ở 52/54 BN (96,3%), 50/54 BN có triệu chứng đau đầu (92,6%), 38/54 BN nghẹt mũi (70,4%). Tình trạng rối loạn ngủ chỉ gặp ở 29,6% bệnh nhân và 9,3% bệnh nhân có dấu hiệu Giảm thị lực.

Bảng 1. Đặc điểm triệu chứng đau đầu (n=54)

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ
Vị trí đau đầu		
Trán	8	14,8
Đỉnh	15	27,8
Chẩm	12	22,2
Thái dương	5	9,3
Vùng mặt	9	16,7
Hốc mắt	11	20,4
Lan toả	13	24,1

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ
Tính chất đau đầu		
Đau âm ỉ liên tục	43	79,6
Đau từng cơn	7	13,0
Không đau đầu	4	7,4

Nhận xét: bệnh nhân thường đau đầu âm ỉ liên tục, có 43/54 bệnh nhân (79,6%). Đau đầu từng cơn có 7/54 bệnh nhân (13,0%). Chỉ 4 bệnh nhân không có triệu chứng đau đầu (7,4%). Vị trí đau thường gặp là vùng đỉnh (27,8%), lan toả (24,1%), chẩm (22,2%).

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng chảy mũi (n=54)

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ
Vị trí chảy mũi		
Chảy mũi trước	9	16,7
Chảy mũi sau	38	70,4
Chảy mũi trước và sau	5	9,3
Không chảy mũi	2	3,7
Tính chất dịch mũi		
Nhầy trong	30	55,6
Nhầy đục	19	35,2
Nhầy lẫn máu	3	5,6
Không chảy mũi	2	3,7

Nhận xét: 70,4% BN chảy mũi sau, 16,7% chảy mũi trước. 30/54 BN chảy dịch mũi nhầy, trong (55,6%), 19/54 BN chảy dịch nhầy đục (35,2%).

Bảng 3. Mức độ của các triệu chứng cơ năng chính

Mức độ triệu chứng	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Tổng
Đau đầu	6(11,1)	17(31,5)	31(57,4)	54 (100)
Trung bình VAS $7,3 \pm 2,1$				
Chảy mũi	10(18,5)	23(42,6)	21 (38,9)	54 (100)

Mức độ triệu chứng	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Tổng
Trung bình VAS 6,7 ± 1,7				
Ngạt mũi	22(40,7)	13(24,1)	19(35,2)	54 (100)
Trung bình VAS 4,9 ± 1,8				
Rối loạn ngủ	38(70,4)	7(13,0)	9(16,7)	54 (100)
Trung bình VAS 4,5 ± 2,5				

Nhận xét: 57,4% BN đau đầu mức độ nặng, 31,5% đau đầu mức độ trung bình và 11,1% đau đầu mức độ nhẹ. Điểm VAS trung bình là $7,3 \pm 2,1$. 42,6% BN chảy mũi mức độ trung bình, 38,9% mức độ nặng và 18,5% mức độ nhẹ. Điểm VAS trung bình là $6,7 \pm 1,7$

Triệu chứng ngạt mũi chủ yếu ở mức độ nhẹ (40,7%), mức độ nặng (35,2%) và mức độ trung bình (24,1%). Điểm VAS trung bình của triệu chứng ngạt mũi là $4,9 \pm 1,8$.

Đối với rối loạn ngủ, mức độ nhẹ chiếm 70,4%, mức độ nặng chiếm 16,7% và mức độ trung bình chiếm 13,0%. Điểm VAS trung bình của triệu chứng rối loạn ngủ là $4,5 \pm 2,5$.

Bảng 4. Đặc điểm ngách bướm sàng trên nội soi

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ
Khả năng quan sát ngách bướm sàng		
Quan sát được	45	83,3
Khó quan sát	9	16,7
Tính chất niêm mạc ngách bướm sàng		
Bình thường	21	38,9
Phù nề	18	33,3
Polyp	15	27,8
Tính chất dịch ngách bướm sàng		
Không	17	31,5
Nhầy trong	11	20,4
Nhầy đục	26	48,1

Nhận xét:

- Khả năng quan sát ngách bướm sàng: không quan sát được ở 9/54BN (16,7%). Có 45/54BN (83,3%) quan sát được ngách bướm sàng dưới nội soi.

- Tính chất niêm mạc: Trên nội soi, niêm mạc ngách bướm sàng bình thường 38,9%, niêm mạc phù nề 33,3%, và polyp ngách bướm sàng 27,8%.

- Tính chất dịch: ngách bướm sàng có dịch nhầy đục 48,1%, không có dịch 31,5%, và dịch nhầy trong 20,4%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương xoang bướm trên phim CT scan

Đặc điểm tổn thương		Số lượng	Tỉ lệ %
Vị trí tổn thương			
Một bên	Xoang bướm phải	13	24,1
	Xoang bướm trái	18	33,3
Hai bên		23	42,6
Đặc điểm tổn thương			
Mờ một phần		34	44,2
Mờ toàn bộ		43	52,8
Tỉ trọng khối mờ			
Không đồng nhất		16	20,8
Đồng nhất		61	79,2
Bất thường cấu trúc			
Bóng hơi cuộn giữa		13	24,1
Bóng hơi cuộn trên		5	9,3
Cuộn giữa đảo chiều		11	20,4
Lệch vách ngăn		18	33,3
Tế bào Onodi		16	29,6

Nhận xét: Viêm xoang bướm một bên gặp ở 31/54 BN (57,4%). Hình ảnh mờ toàn bộ xoang bướm chiếm 52,8%. Đa phần là tình trạng tỉ trọng khối mờ đồng nhất (79,2%). Các bất thường cấu trúc thường gặp trên phim CT scan mũi xoang là: Lệch vách ngăn (33,3%), Tế bào Onodi (29,6%), Bóng hơi cuộn giữa (24,1%) và Cuộn giữa đảo chiều (20,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 54 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị viêm xoang bướm mạn tính, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là $43,3 \pm 13,5$, dao động từ 18 đến 69 tuổi. Về giới tính, nam giới (48,1%) và nữ giới (51,9%) khá tương đồng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hồ Xuân Trung, trong đó tuổi trung bình của bệnh nhân viêm xoang bướm là $45,6 \pm 15,8$ [4]. Nhóm tuổi > 40 tuổi là nhóm tuổi chính mắc bệnh viêm xoang bướm, chiếm tỷ lệ 77,9%. Kết quả này có thể giải thích là do xoang bướm có quá trình phát triển muộn, chỉ thật sự hoàn thiện sau tuổi trưởng thành.

4.2. Đặc điểm lâm sàng viêm xoang bướm mạn tính

Các triệu chứng cơ năng chính trong nhóm đối tượng nghiên cứu gồm đau đầu, chảy mũi, ngạt mũi và rối loạn ngủ. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của các tác giả Hồ Xuân Trung, Trần Tuấn An. Trong đó đau đầu là triệu chứng nổi bật nhất với tỷ lệ 92,6%. Đây cũng là lý do chính để BN đến khám và điều trị. Theo tác giả Celenk, triệu chứng đau đầu gặp ở 70-90% bệnh nhân viêm xoang bướm [1]. Vị trí đau đầu khá đa dạng, trong đó đau khu trú chiếm 40,8%, thường gặp nhất ở vùng đỉnh (27,8%) và chẩm (22,2%). Sự đa dạng này có thể liên quan đến kích thích các nhánh V1, V2 của dây thần kinh số V, kích

thích dây thần kinh mũi mí, dây thần kinh bướm khẩu cái cũng như do các tổn thương tác động lên các thụ cảm trong lòng xoang bướm [5]. Đặc điểm đau ở các vị trí tương ứng với sự phân bố của các nhánh thần kinh, đặc biệt là nhánh V1, V2 là một đặc điểm quan trọng, có ý nghĩa phân biệt viêm xoang bướm với các xoang cạnh mũi khác, cần được chú ý trên lâm sàng.

Trong 54 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, tính chất đau đầu thường là âm ỉ, liên tục chiếm 79,6%, đau đầu từng cơn chiếm 13,0%. Kết quả trên cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Biện Văn Hoàn khi ghi nhận đau đầu âm ỉ chiếm 89,7% [6]. Triệu chứng đau thường tăng lên khi cử động đầu, làm ảnh hưởng đến giấc ngủ, ít đáp ứng với các thuốc giảm đau và là nguyên nhân khó chịu nhất thúc đẩy bệnh nhân đến khám bệnh. Về mức độ đau đầu, dựa trên thang điểm VAS, chúng tôi ghi nhận mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,4%, tiếp đến là mức độ trung bình 31,5% và mức độ nhẹ chiếm 11,1%. Điểm VAS trung bình của triệu chứng đau đầu là $7,3 \pm 2,1$ điểm. Kết quả này tương đối tương đồng với nghiên cứu của tác giả Celenk ($8,24 \pm 0,94$) [1]. Như vậy, phần lớn bệnh nhân viêm xoang bướm có triệu chứng đau đầu ở mức độ trung bình đến nặng và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống.

Triệu chứng chảy mũi gặp ở 96,3% bệnh nhân, trong đó chảy mũi sau chiếm tỷ lệ cao nhất (70,4%), phù hợp với đặc điểm dẫn lưu của xoang bướm vào ngách bướm sàng. Dịch theo ngách bướm sàng sẽ chảy theo nếp sau loa vòi qua vòm xuống họng, và khi nhầy mũi chảy xuống họng sẽ gây ra các triệu chứng ở họng như khịt khạc, vướng đàm khó chịu, ho kéo dài [4]. Dịch mũi chủ yếu là dịch nhầy trong (55,6%), tiếp đến là dịch nhầy đục (35,2%), tương tự nghiên cứu của Trần Tuấn Anh [7].

Ngạt mũi gặp ở 70,4% trường hợp, tương đương với các nghiên cứu trước đó [4], [7]. Do xoang bướm nằm sâu trong hốc mũi, ở vị trí khe trên, ít có sự liên quan đến đường thở của bệnh nhân nên trong bệnh cảnh viêm xoang bướm đơn thuần, triệu chứng nghẹt mũi chỉ xảy ra khi có tình

trạng xuất tiết dịch làm viêm phù nề cửa mũi sau gây nghẹt mũi. Trong trường hợp có viêm các xoang cạnh mũi khác kèm theo, niêm mạc mũi xoang phù nề nhiều, dịch tiết ở các xoang nhiều hơn, kèm theo với các bất thường cấu trúc làm hẹp vùng van mũi như vẹo vách ngăn, polyp mũi làm tăng tỉ lệ nghẹt mũi [4], [7].

Rối loạn khứu giác ghi nhận ở 29,6% bệnh nhân, gần tương đồng với các nghiên cứu khác [4], [7]. Trong viêm xoang bướm mạn tính, quá trình viêm kéo dài, có thể ảnh hưởng đến đến niêm mạc khứu giác, làm niêm mạc khứu giác phù nề, thoái hóa, bên cạnh đó niêm mạc khứu giác có thể bị ảnh hưởng trực tiếp của độc tố vi khuẩn, virus từ xoang bị viêm, quá trình viêm cũng làm thay đổi nồng độ ion của chất nhầy, ảnh hưởng đến khả năng dẫn truyền khứu giác [8]. Ngoài ra, các bất thường cấu trúc mũi xoang như polyp mũi, quá phát cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều cũng ảnh hưởng đến thông khí của khe khứu làm giảm chức năng khứu giác.

Dấu hiệu thực thể của viêm xoang bướm mạn tính được đánh giá chủ yếu qua tình trạng niêm mạc và dịch tại ngách bướm sàng trên nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 83,3% trường hợp quan sát được ngách bướm sàng; trong đó niêm mạc phù nề chiếm 33,3% và polyp tại vị trí này chiếm 27,8%. Về tính chất dịch, dịch nhầy đục gặp nhiều nhất (48,1%), tiếp đến là dịch nhầy trong (20,4%), trong khi 31,5% không ghi nhận dịch. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Natamon Charakorn và Biện Văn Hoàn khi ghi nhận các dấu hiệu như phù nề niêm mạc, polyp và dịch nhầy tại ngách bướm sàng trong viêm xoang bướm [6], [9].

Tuy nhiên, 38,9% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi có hình ảnh ngách bướm sàng bình thường trên nội soi, tương tự các nghiên cứu của Trần Tuấn Anh, và Chih-Chen Chao [5], [7]. Điều này cho thấy hình ảnh nội soi bình thường không loại trừ được bệnh lý xoang bướm và cần phối hợp với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là CT scan.

Ngoài ra, một số bất thường cấu trúc hốc mũi

cũng được ghi nhận, gồm lệch vách ngăn (33,3%), cuốn giữa phù nề hoặc thoái hóa (40,7%) và polyp khe mũi giữa (50,0%). Các bất thường này có thể ảnh hưởng đến thông khí và dẫn lưu của xoang bướm, đồng thời gây khó khăn trong tiếp cận ngách bướm sàng khi nội soi.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Trên CT scan, viêm xoang bướm được xác định dựa trên sự hiện diện của khối mờ trong lòng xoang. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương hai bên chiếm tỷ lệ cao nhất (42,6%), tiếp đến là xoang bướm trái (33,3%) và phải (24,1%). Hình ảnh mờ xoang được chia thành mờ toàn bộ (55,8%) và mờ một phần (44,2%), thấp hơn so với kết quả của Hồ Xuân Trung khi ghi nhận mờ toàn bộ xoang chiếm 70,6% [4]. Hình ảnh mờ thường liên quan đến tình trạng tắc lỗ thông xoang gây ứ đọng dịch, dày và phù nề niêm mạc hoặc do sự hiện diện của polyp hay khối nấm trong xoang.

Việc đánh giá tỉ trọng khối mờ xoang bướm cũng có ý nghĩa rất quan trọng trong định hướng chẩn đoán. Chúng tôi ghi nhận hình ảnh mờ đồng nhất chiếm 79,2%, trong khi mờ không đồng nhất chiếm 20,8%. Sự hiện diện của các điểm vôi hóa tăng đậm độ trong khối mờ gợi ý mạnh đến nấm xoang; tất cả các trường hợp có vôi hóa trong nghiên cứu đều được xác định là khối nấm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Chih-Chen Chao khi 18/19 trường hợp tăng đậm độ trong xoang liên quan đến nấm xoang bướm [5]. Tuy nhiên, theo Biện Văn Hoàn, sự vắng mặt của vôi hóa không loại trừ hoàn toàn khả năng nấm xoang [6].

Ngoài ra, CT scan cũng cho phép phát hiện các bất thường giải phẫu có thể ảnh hưởng đến thông khí và dẫn lưu xoang bướm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lệch vách ngăn mũi chiếm 33,3%, bóng hơi cuốn giữa 24,1%, cuốn giữa đảo chiều 20,4% và bóng hơi cuốn trên 9,3%. So sánh với số liệu ở người bình thường của Đào Đình Thi cho thấy tỷ lệ bóng hơi cuốn giữa và cuốn giữa đảo chiều cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [2], gợi ý các dị hình vùng cuốn giữa có thể góp phần vào cơ chế bệnh sinh của viêm xoang bướm.

Tế bào Onodi được ghi nhận ở 29,6% trường

hợp. Một số nghiên cứu cho thấy sự hiện diện của tế bào này có thể liên quan đến viêm xoang bướm. Do vị trí nằm phía sau và phía trên xoang bướm, gần thần kinh thị và đỉnh hốc mắt, việc nhận diện chính xác tế bào Onodi trước và trong phẫu thuật có ý nghĩa quan trọng nhằm tránh các biến chứng trong phẫu thuật nội soi mũi xoang [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc xác định rõ cấu trúc này giúp quá trình phẫu thuật diễn ra an toàn, không ghi nhận tai biến liên quan đến thần kinh thị hoặc đỉnh hốc mắt.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 54 bệnh nhân viêm xoang bướm mạn tính được phẫu thuật nội soi cho thấy bệnh gặp chủ yếu ở người trưởng thành với tuổi trung bình $43,3 \pm 13,5$ và phân bố giới tương đối đồng đều. Đau đầu là triệu chứng lâm sàng nổi bật nhất chiếm tỷ lệ 92,6%, thường có tính chất âm ỉ, mức độ trung bình đến nặng; các triệu chứng thường gặp khác gồm chảy mũi (96,3%), ngạt mũi (70,4%) và rối loạn ngủ (29,6%). Trên CT scan, tổn thương xoang bướm hai bên chiếm tỷ lệ cao nhất; hình ảnh mờ xoang chủ yếu là mờ toàn bộ xoang (79,2%). 20,8% có tăng đậm độ hoặc vôi hóa trong xoang gợi ý bệnh tích nấm. Các bất thường giải phẫu như lệch vách ngăn mũi, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều và tế bào Onodi được ghi nhận với tỷ lệ đáng kể. Việc kết hợp lâm sàng, nội soi mũi và CT scan có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán viêm xoang bướm mạn tính và định hướng điều trị phẫu thuật an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Celenk F, Gulsen S, Gonuldas B, et al.** Isolated sphenoid sinus disease: an overlooked cause of headache. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2015;43(9):1914-7.
2. **Đào Đình Thi.** Nghiên cứu hình thái giải phẫu khối bên xương sàng của người Việt trong ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũi xoang mạn tính: Luận án Tiến sĩ y học, Trường ĐHY Hà Nội; 2018.
3. **Nguyễn Hữu Dũng.** Phẫu thuật nội soi điều trị tổn thương trong xoang bướm: Luận án Tiến sĩ y học, Trường ĐHYD Thành phố Hồ Chí Minh.; 2008.
4. **Hồ Xuân Trung.** Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi

xoang mạn tính có viêm xoang bướm bằng phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang. Tạp chí Y Dược học - Trường ĐHYD Huế. 2017;6(6):114-21.

5. **Chao C-C, Lin Y-T, Lin C-F, et al.** The clinical features of endoscopic treated isolated sphenoid sinus diseases. Journal of the Formosan Medical Association. 2021;120(8):1554-62.
6. **Biện Văn Hoàn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính của bệnh lý viêm và u xoang bướm đơn độc: Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường ĐH Y Hà Nội; 2014.
7. **Trần Tuấn Anh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm xoang bướm mạn tính bằng phẫu thuật nội

soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2019-2021: Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ; 2021.

8. **Rombaux P, Huart C, Levie P, et al.** Olfaction in chronic rhinosinusitis. Current allergy and asthma reports. 2016;16(5):41.
9. **Charakorn N, Snidvongs K.** Chronic sphenoid rhinosinusitis: management challenge. Journal of asthma and allergy. 2016:199-205.
10. **Senturk M, Guler I, Azgin I, et al.** The role of Onodi cells in sphenoiditis: results of multiplanar reconstruction of computed tomography scanning. Brazilian journal of otorhinolaryngology. 2017;83(1):88-93.

TỶ LỆ HẠ MAGIE MÁU Ở TRẺ NON THÁNG VÀ BỆNH LÝ TẠI KHOA HỒI SỨC SƠ SINH BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Vũ Minh Châu¹, Nguyễn Xuân Kim¹, Phạm Thị Thanh Tâm¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Hạ magie máu là rối loạn điện giải tương đối thường gặp ở bệnh nhân hồi sức, tuy nhiên ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ non tháng và trẻ sơ sinh có bệnh lý nặng, tình trạng này còn ít được quan tâm và theo dõi thường quy. Magie đóng vai trò quan trọng trong hoạt động thần kinh – cơ và tim mạch, do đó thiếu hụt magie có thể làm nặng thêm diễn tiến bệnh và ảnh hưởng đến kết cục điều trị.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ hạ magie máu và khảo sát các yếu tố liên quan ở trẻ sơ sinh non tháng và bệnh lý điều trị tại khoa Hồi sức sơ sinh (HSSS) Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Kết quả: Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 95 trẻ sơ sinh nhập khoa Hồi sức sơ sinh từ tháng 03/2025 đến tháng 09/2025. Trong suốt thời gian theo dõi, có 29,5% (28/95) trẻ ghi nhận hạ magie máu ít nhất một lần. Trong đó, tỷ lệ hạ magie máu trong tuần đầu nhập viện là 14,7%, cao hơn ở các tuần tiếp theo với tỷ lệ lần

lượt là 21,1% và 24,1%. Phần lớn các trường hợp hạ magie máu ở mức độ nhẹ – trung bình, không có biểu hiện lâm sàng đặc hiệu. Tỷ lệ hạ magie máu cao nhất ở nhóm bệnh lý phẫu thuật đường tiêu hóa (56,4%). Các rối loạn điện giải đi kèm thường gặp gồm hạ natri máu (50%), hạ kali máu (39,3%) và hạ canxi máu (32,1%). Trong phân tích đa biến, hạ kali máu (OR=4,383; KTC 95%: 1,019 – 18,844), sử dụng kháng sinh nhóm Aminoglycosid (OR=0,117; KTC 95%: 0,026 – 0,524) là các yếu tố liên quan độc lập với tình trạng hạ magie máu trong tuần đầu nằm viện.

Kết luận: Hạ magie máu là tình trạng không hiếm gặp ở trẻ sơ sinh điều trị tại khoa Hồi sức sơ sinh với gần một phần ba trẻ có ít nhất một lần hạ magie máu trong ba tuần nằm viện. Trẻ hạ kali máu có nguy cơ hạ magie máu cao hơn và cần chủ động theo dõi magie máu nhằm phát hiện sớm và can thiệp kịp thời, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chăm sóc trẻ sơ sinh bệnh lý.

Từ khóa: Hạ magie máu, trẻ sơ sinh non tháng, hồi sức sơ sinh, rối loạn điện giải.

SUMMARY

PREVALENCE OF HYPOMAGNESEMIA IN PRETERM AND ILL NEONATES AT THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT OF CHILDREN'S HOSPITAL 1

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Châu

Email: minhchau5794@gmail.com

Mã bài: NĐ1-4

Ngày nhận bài: 28/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026