

hoặc chụp MRI nhạy trong đánh giá những thay đổi viêm vùng xung quanh túi thừa và lạc chỗ niêm mạc dạ dày vào túi thừa hoặc chụp Spect nhằm chẩn đoán túi thừa Meckel hoặc chụp động mạch - DSA chẩn đoán túi thừa Meckel dựa vào mạch máu nuôi túi thừa Meckel là mạch máu còn lại của mạch máu rốn ruột hoặc chụp đồng vị phóng xạ với Technetium - 99m để khảo sát túi thừa Meckel chứa niêm mạc dạ dày lạc chỗ.

Trong số các bệnh nhân được phát hiện tình cờ có túi thừa Meckel trên hình ảnh và không có biến chứng thì vấn đề phẫu thuật cắt bỏ túi thừa còn nhiều bàn cãi. Đối với những bệnh nhân túi thừa Meckel đã có biến chứng thì nguyên tắc điều trị là hồi sức nội khoa và phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở cắt bỏ túi thừa Meckel, dải xơ (nếu có) và giải phóng đoạn ruột bị tắc nghẽn. Nếu được chẩn đoán kịp thời cho tiên lượng khá tốt và tỉ lệ tử vong chỉ chiếm 1% [5].

IV. KẾT LUẬN

Chẩn đoán túi thừa Meckel và các biến chứng của nó trước phẫu thuật gặp rất nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng giống với nhiều bệnh lý bụng cấp cứu. Nhưng ngày nay nhờ các tiến bộ kỹ thuật và trình độ của các bác sĩ trong chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh mà việc chẩn đoán trước phẫu thuật trở nên dễ dàng hơn, góp phần chẩn đoán kịp thời tránh các biến chứng nặng nề. Đặc biệt một số tác giả đã báo cáo tử vong trong những trường hợp tắc ruột do dây chằng của túi thừa Meckel chiếm tỉ lệ cao do đó việc chẩn đoán trong những trường hợp đó là rất

cần thiết. Chẩn đoán tắc ruột do dây chằng của túi thừa Meckel chủ yếu dựa vào các dấu hiệu gián tiếp trên CLVT như thấy hình ảnh túi thừa Meckel, đoạn chuyển tiếp cạnh túi thừa Meckel và không tìm thấy các nguyên nhân gây tắc ruột khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nath DS, Morris TA** (2004). Small bowel obstruction in an adolescent: a case of Meckel's diverticulum. *Minn Med* 87(11):46-48.
2. **Dutta G, Chowdhury AS, Panda M** (2009). Band of cacophony - abdominal catastrophe caused by the fibrous band of Meckel's diverticulum: a case report. *Cases J.* 27(2):7160.
3. **Mohiuddin SS, Gonzalez A, Corpron C** (2011). Meckel's diverticulum with small bowel obstruction presenting as appendicitis in a pediatric patient. *JLS* 15(4):558-561.
4. **Elsaves KM, Menias CO, Harvin HJ, Francis IR** (2007). Imaging manifestations of Meckel's diverticulum. *AJR Am J Roentgenol* 189(1):81-88.
5. **Karatepe O, Dural C, Erçetin C, Çitlak G, Samaslioglu A, Gülçiçek OB et al** (2008). Rare complication of Meckel's diverticulum: loop formation of diverticulum. *Turkish Journal of Medical Sciences* 38(1):91-93.
6. **Yoo JH, Cerqueira DS, Rodrigues AJ Jr, Nakagawa RM, Rodrigues CJ** (2003). Unusual case of small bowel obstruction: persistence of vitelline artery remnant. *Clin Anat* 16(2):173-175.
7. **Malik AA; Shams-ul-Barj; Wani KA, Khaja AR** (2010). Meckel's diverticulum-Revisited. *Saudi J Gastroenterol* 16(1):3-7.
8. **Lee TH, Kim JO, Kim JJ, Hong SS, Jin SY, Kim HG, Cho JY, Lee JS** (2009). A case of intussuscepted Meckel's diverticulum. *World J Gastroenterol* 15(40):5109-5111.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM GÓC MỎM MÓC TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP ĐIỆN TOÁN MŨI XOANG TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG TỪ THÁNG 9 NĂM 2020 ĐẾN THÁNG 8 NĂM 2022

Quách Hồ Huy Hoàng¹, Lâm Huyền Trân¹, Bùi Thế Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo các giả thuyết thì tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách là một trong những nguyên nhân dẫn đến viêm mũi xoang mạn tính. Giả thiết đặt ra là góc móm móc có liên quan đến sinh lý bệnh của tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách trong viêm mũi xoang mạn

tính? **Mục tiêu:** Xác định góc móm móc, đường kính lỗ thông xoang hàm, đánh giá mối liên quan giữa góc móm móc và viêm xoang hàm mạn tính thông qua CT scan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 190 người trưởng thành đến khám tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong thời gian từ 09/2020 đến 08/2022. Phim CT scan được ghi nhận và phân tích để đo góc móm móc, đường kính lỗ thông xoang hàm, xác định viêm xoang hàm mạn tính. **Kết quả:** Giá trị góc móm móc trung bình là $33,45 \pm 11,99^\circ$. không có mối liên quan giữa góc móm móc và viêm xoang hàm mạn tính cùng bên ($p > 0,05$). Đường kính lỗ thông xoang hàm trung bình là $2,65 \pm 0,87\text{mm}$. **Kết luận:** Giá trị góc móm móc và đường

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Quách Hồ Huy Hoàng

Email: qhh.hoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

kính lỗ thông xoang hàm có thể xác định gần đúng bằng cách đo đạc trên CT scan. Góc mỏm móc không có mối liên quan với viêm xoang hàm mạn tính.

Từ khóa: Góc mỏm móc, đường kính lỗ thông xoang hàm, viêm xoang hàm mạn tính.

SUMMARY

SURVEYING THE CHARACTERISTICS OF ANGLE OF UNCINATE PROCESS ON COMPUTERIZED TOMOGRAPHIC IMAGES AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL FROM 09/2020 TO 08/2022

Introduction: According to the hypotheses, the obstruction of the ostiomeatal complex is one of the causes of chronic rhinosinusitis. It is hypothesized that angle of uncinat process related to the pathophysiology of the obstruction of the ostiomeatal complex in chronic rhinosinusitis? **Objectives:**

Determine the angle of uncinat process, diameter of maxillary sinus ostium, evaluate the correlation of the angle of uncinat process and chronic maxillary sinusitis using computed tomography images.

Methods: The descriptive study included 190 adults who were examined in Otorhinolaryngology clinic of Nguyen Tri Phuong Hospital in the period from 09/2020 to 08/2022. The paranasal sinus CT images were obtained and analyzed to measure angle of uncinat process, diameter of maxillary sinus ostium, identify the existence of chronic maxillary sinusitis.

Results: The mean angle of uncinat process was $33,45 \pm 11,99^\circ$. No significant differences were found between angle of uncinat process and the ipsilateral chronic maxillary sinusitis ($p > 0.05$). The mean diameter of maxillary sinus ostium was $2,65 \pm 0,87\text{mm}$. **Conclusions:** The value of angle of uncinat process and diameter of maxillary sinus ostium can be measured roughly based on CT scan. Angle of uncinat process has not found to be related to chronic maxillary sinusitis.

Keywords: Angle of uncinat process, diameter of maxillary sinus ostium, chronic maxillary sinusitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, bệnh lý mũi xoang là một trong những bệnh phổ biến và có xu hướng ngày càng tăng, đứng đầu là viêm xoang mạn tính. Đã có nhiều công trình nghiên cứu về nguyên nhân viêm mũi xoang thông qua CT scan, theo các giả thuyết thì tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách là một trong những nguyên nhân dẫn đến viêm mũi xoang mạn tính.

Mỏm móc là một mảnh xương mỏng xuất phát từ khối bên xương sàng, được xem như là một chìa khóa tạo nên phức hợp lỗ ngách. Mỏm móc có vị trí khác nhau và góc mỏm móc khác biệt giữa mỗi cá thể. Do đó, giả thiết đặt ra là góc mỏm móc có liên quan đến sinh lý bệnh của tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách trong viêm mũi xoang mạn tính?. Đó là lý do chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu:

1. Đặc điểm góc mỏm móc trên CT scan ở bệnh nhân có và không có viêm xoang hàm mạn tính.

2. Đường kính lỗ thông xoang hàm trên CT scan ở bệnh nhân có và không có viêm xoang hàm mạn tính.

3. Mối liên quan giữa góc mỏm móc và viêm xoang hàm mạn tính trên CT scan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả gồm 380 hệ xoang của 190 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên khi đến khám tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong khoảng thời gian từ tháng 09 năm 2020 đến tháng 08 năm 2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, xác định được mỏm móc trên CT scan và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: có tiền sử chấn thương gãy xương hàm mặt, có tiền sử phẫu thuật mũi xoang, u vùng mũi xoang và bất thường bẩm sinh gây biến dạng sọ mặt.

Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng Y đức Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Hội đồng Y đức bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Các thông tin thu thập và đo đạc bao gồm:

- Thu nhập số đo góc mỏm móc trên CT scan: góc hợp bởi 2 đường thẳng ở mặt phẳng coronal trên CT scan. Đường thẳng thứ 1 đi từ mào gà xương sàng đến gai mũi trước, đường thẳng thứ 2 đi từ điểm bắt đầu mỏm móc, điểm phía trong nhất của đầu mỏm móc đến điểm giao với đường thẳng thứ 1.

- Thu nhập số đo đường kính lỗ thông xoang hàm trên CT scan: khoảng cách giữa mặt dưới trong của vành ổ mắt và mỏm móc ở mặt phẳng coronal trên CT scan. Trong những trường hợp có các tế bào Haller tồn tại thì khoảng cách này tính từ phần trong nhất của tế bào Haller đến mỏm móc.

- Thu nhập số liệu về viêm xoang hàm mạn tính trên CT scan: xuất hiện sự thay đổi của niêm mạc xoang từ sự dày niêm mạc xoang tối thiểu đến mờ toàn bộ xoang được đánh giá là tổn thương xoang. Có kèm tắc phức hợp lỗ thông xoang, tụ dịch ở mặt phẳng coronal trên CT scan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 190 bệnh nhân của mẫu nghiên cứu có 82 nam và 108 nữ, độ tuổi giao động từ 21 đến 91 tuổi (trung bình $51,24 \pm 12,77$) (bảng 2).

Số đo góc mỏm móc giao động từ 6° đến 74° , trung bình là $33,45 \pm 11,99^\circ$. Số đo góc mỏm móc ở nam và nữ lần lượt là $30,37 \pm$

10,51° và 35,79 ± 12,52°, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về góc móm móc ở nam và nữ ($p < 0,05$) (bảng 2).

Đường kính lỗ thông xoang hàm giao động từ 0,1mm đến 0,7mm, trung bình là 2,65 ± 0,87mm. Đường kính lỗ thông xoang hàm trung bình ở nam và nữ lần lượt là 2,74 ± 0,91mm và 2,57 ± 0,83mm, không có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê về đường kính lỗ thông xoang hàm ở nam và nữ ($p > 0,05$) (bảng 2).

Tỉ lệ viêm xoang hàm mạn tính chiếm 41,58%, số đo góc móm móc ở xoang hàm có và không viêm mạn tính lần lượt là 33,39 ± 12,14° và 33,48 ± 11,94°, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số đo góc móm móc ở nhóm có và không có viêm mạn tính ($p > 0,05$).

Bảng 1: Góc móm móc và đường kính lỗ thông xoang hàm ở mũi bên phải và bên trái

		Phải (n = 190)	Trái (n = 190)	Cả hai (n = 380)
Nam	GMM (°)	29,52 ± 10,45	31,21 ± 10,58	30,37 ± 10,51
	ĐKLTXH (mm)	2,68 ± 0,9	2,8 ± 0,92	2,74 ± 0,91
Nữ	GMM (°)	35,02 ± 12,56	36,56 ± 12,49	35,79 ± 12,52
	ĐKLTXH (mm)	2,54 ± 0,79	2,61 ± 0,86	2,57 ± 0,83

Các giá trị được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. GMM: góc móm móc, ĐKLTXH: đường kính lỗ thông xoang hàm.

Bảng 2: Sự khác biệt giữa nam và nữ về tuổi, góc móm móc và đường kính lỗ thông xoang hàm

	Nam (n = 82)	Nữ (n = 108)	P-value	Tất cả (n = 180)
Tuổi	51,14 ± 12,16	51,38 ± 13,6	0,899	51,24 ± 12,77
GMM (°)	30,37 ± 10,51	35,79 ± 12,52	0,001	33,45 ± 11,99
ĐKLTXH (mm)	2,74 ± 0,91	2,57 ± 0,83	0,058	2,65 ± 0,87

Các giá trị được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. GMM: góc móm móc, ĐKLTXH: đường kính lỗ thông xoang hàm.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm góc móm móc trên CT scan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả không có sự khác biệt về phương tiện nghiên cứu, các nghiên cứu đều được thực hiện ở người và trên CT scan. Chúng tôi đo góc móm móc theo cách đo của tác giả Uygur Levent Demir¹, phương pháp này đo góc móm móc trong (góc hướng về vách ngăn mũi). Chúng tôi chọn phương pháp đo này vì khi đó chúng tôi khảo sát được góc móm móc theo hướng lỗ thoát cuối cùng của dịch mũi xoang để ra ngoài hốc mũi, mặt khác khi đo góc móm móc trong ta có mốc đến theo mỗi cá thể đó là đường thẳng đi từ mào gà đến gai mũi trước từ đó việc khảo sát sẽ chính xác hơn.

Tác giả Uygur Levent Demir¹ báo cáo số đo góc móm móc bên phải 30,57 ± 0,62° và bên trái 30,20 ± 0,68°. Kết quả góc móm móc của chúng tôi gần giống với tác giả Uygur Levent Demir¹ về giá trị trung bình nhưng chênh lệch nhau về độ lệch chuẩn. Trong khi đó nghiên cứu của tác giả WAN Hongyan² ghi nhận góc móm móc bên phải 43,7 ± 13,2° và bên trái 46,3 ± 26,9° lớn hơn kết quả của chúng tôi, mặc dù chúng tôi và tác giả WAN Hongyan² đều đo góc móm móc trong nhưng có khác nhau về cách chọn đường thẳng đi qua móm móc.

Đường kính lỗ thông xoang hàm trên

CT scan. Về kỹ thuật đo và cách đo, chúng tôi và các tác giả thực hiện trên người đều sử dụng CT scan. Chúng tôi đo đường kính lỗ thông xoang hàm theo cách đo như tác giả Leila Khojastepour³, Sanual S Peter⁴, Deepjyoti K Mudgade⁵.

Kết quả của chúng tôi gần giống với kết quả đường kính ngang của hai tác giả thực hiện trên xác (Rohin Garg⁶ đường kính ngang là 2,54 ± 0,67mm và Nishant Reddy⁷ đường kính ngang là 2,62 ± 0,35mm). Kết quả của chúng tôi nhỏ hơn kết quả của tác giả Mohammed A Basurrah⁸ (3,12 ± 0,75mm). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn tác giả Sanual S Peter⁴ (1,92 ± 0,54mm) và Deepjyoti K Mudgade⁵ (bên phải: 1,88 ± 0,91mm, bên trái: 1,67 ± 0,82mm).

Nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả thực hiện trên người dựa vào hình ảnh phim CT scan thì không quan sát được hình dạng của lỗ thông xoang hàm. Thông qua hai nghiên cứu của tác giả thực hiện trên xác cho thấy lỗ thông xoang hàm có hình bầu dục và hình tròn, trong đó hình bầu dục chiếm ưu thế hơn.

Mối liên quan giữa góc móm móc và viêm xoang hàm mạn tính trên CT scan.

Trong 190 bệnh nhân của mẫu nghiên cứu, có 79 bệnh nhân có viêm xoang hàm mạn tính ít nhất 1 bên xoang, chiếm 41,58%. Trong 380 xoang hàm của mẫu nghiên cứu, có 113 xoang

hàm viêm mạn tính, chiếm 29,7%.

Có 113 xoang hàm viêm mạn tính, số đo góc mòm móm trung bình là $33,39 \pm 12,14^\circ$. Có 267 xoang hàm không viêm mạn tính, số đo góc mòm móm trung bình là $33,48 \pm 11,94^\circ$. Phép kiểm t – test so sánh giá trị số đo góc mòm móm trung bình giữa 2 nhóm cho kết quả p – value = $0,949 > 0,05$. Như vậy, không sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số đo góc mòm móm trung bình giữa 2 nhóm.

Phần lớn các nghiên cứu đã thực hiện chỉ khảo sát về góc mòm móm và các cấu trúc giải phẫu xung quanh mòm móm. Nên kết quả về mối tương quan giữa góc mòm móm và viêm xoang hàm mạn tính còn chưa được khảo sát nhiều. Tuy nhiên, chúng tôi có ghi nhận tác giả Leila Khojastepour³ khảo sát mối tương quan này và cũng cho kết quả giống chúng tôi.

Tuy nhiên, mòm móm là một chìa khóa tạo nên phức hợp lỗ ngách. Có rất nhiều yếu tố có thể làm thúc đẩy tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách, liên quan đến các cấu trúc lân cận như: lệch vách ngăn mũi, tế bào Haller, khí hóa cuộn mũi giữa, thể tích xoang hàm... Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá trên toàn mẫu nghiên cứu một cách ngẫu nhiên nên cũng chưa thể loại trừ được hoàn toàn các yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách mà có thể làm thay đổi số đo góc mòm móm từ đó làm ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Giá trị góc mòm móm và đường kính lỗ thông xoang hàm có thể xác định gần đúng bằng cách đo đạc trên CT scan. Góc mòm móm có sự khác

nhau ở giới tính nhưng không có mối liên quan với viêm xoang hàm mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Demir UL, Akca M, Ozpar R, Albayrak C, Hakyemez B.** Anatomical correlation between existence of concha bullosa and maxillary sinus volume. *Surgical and Radiologic Anatomy.* 2015;37(9):1093-1098.
2. **WAN Hongyan, YANG Yu, Zhenchang W.** Imaging anatomical study of uncinate process and its neighboring structure in adult OMC. *CHIN ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG.* 2013;20(7):363-366.
3. **Khojastepour L, Haghnegahdar A, Khosravifard N.** Suppl-1, M5: Role of Sinonasal Anatomic Variations in the Development of Maxillary Sinusitis: A Cone Beam CT Analysis. *The open dentistry journal.* 2017;11:367.
4. **Peter SS, Nambiar P, Krishnan S, Al-Namnam NM.** The Location and Diameter of the Primary Maxillary Sinus Ostium: A Cone-Beam Computed Tomography Study in Malaysians. *Journal of International Dental and Medical Research.* 2020;13(4):1365-1369.
5. **Mudgade DK, Motghare PC, Kunjir GU, Darwade AD, Raut AS.** Prevalence of anatomical variations in maxillary sinus using cone beam computed tomography. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology.* 2018;30(1):18.
6. **R. G. Evaluation of Anatomy of the Maxillary Sinus Ostium: An Institutional Based Cadaveric Study.** *Int Arch BioMed Clin Res.* 2020;6(3)
7. **Reddy N, Shamkuwar S, Mokhasi V.** Anatomy of the maxillary sinus ostium: a cadaveric study. *Int J Anat Res.* 2019;7(4.2):7097-7100.
8. **Basurrah MA, Kim SW.** Factors affecting dimensions of the ethmoid infundibulum and maxillary sinus natural ostium in a normal population. *Saudi Medical Journal.* 2021;42(9):981-985.

ĐẶC ĐIỂM XQUANG CỦA BỆNH NHÂN CÓ RĂNG HÀM SỮA CẦN ĐIỀU TRỊ LẤY TỬ BUỒNG

Lê Thị Thuỳ Linh¹, Hà Ngọc Chiêu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm Xquang của một nhóm bệnh nhân từ 4-8 tuổi, có các răng hàm sữa được chỉ định lấy tử buồng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 173 trẻ từ 4-8 tuổi, có răng hàm sữa sâu có chỉ định điều

trị tử buồng; trẻ được khám lâm sàng và chụp Xquang để đánh giá tình trạng lỗ sâu cũng như tình trạng của tổ chức quanh răng. **Kết quả:** Đa số các răng có tổn thương ở giai đoạn 2 nhưng vẫn có tới 28,0% răng 85 và 25,0% răng 55 bị tổn thương khi đang ở giai đoạn 1; Tỷ lệ lỗ sâu thông thương buồng tử trên Xquang được chẩn đoán là viêm tử không hồi phục chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh lý, tỷ lệ này là 26,6% ở răng 84, tiếp đến là răng 54 (25,8%) và thấp nhất ở răng 55 (10,5%). Không gặp các răng có hội chứng vách. **Kết luận:** Tất cả các răng có lỗ sâu đã thông thương với buồng tử trên phim Xquang đều bị viêm tử hoặc hoại tử tử. Các răng hàm sữa hàm dưới có tỷ lệ hoại tử tử có và không có biến chứng nha chu cao hơn các răng hàm trên.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thuỳ Linh

Email: lethuylinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023