

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHUYỂN THẦN KINH KÉP ĐIỀU TRỊ MẤT GẤP KHUYỮ DO LIỆT CAO ĐÁM RỐI ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Vỳ Văn Đới, Nguyễn Việt Nam,  
Trần Chiến, Nhâm Quang Trường

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật chuyển thần kinh kép điều trị mất gấp khuỷu do liệt cao đám rối thần kinh cánh tay tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 21 bệnh nhân được chẩn đoán xác định liệt cao do nhổ, đứt các rễ trên (C5, C6 ± C7) đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương được phẫu thuật chuyển thần kinh kép để phục hồi gấp khuỷu từ tháng 06/2018 đến 06/2023 tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108. Thời điểm phẫu thuật trung bình: 5 tháng (2- 10 tháng), thời gian đánh giá cuối sau phẫu thuật trung bình 48,3 tháng (24 – 68 tháng). **Kết quả:** Tất cả đều có sức cơ M0 trước phẫu thuật. Gấp khuỷu đạt sức cơ M4 là 100%, nâng tạ: 9,3 ± 1,6 kg, góc gấp khuỷu: 134,3 ± 6,9°, kết quả rất tốt và tốt: 100%. Hiện tượng rối loạn cảm giác và yếu vận động các cơ ở cẳng tay và bàn tay phục hồi và không để lại di chứng nào ở tất cả bệnh nhân. **Kết luận:** Phương pháp chuyển thần kinh kép phục hồi gấp khuỷu cho kết quả tốt, thời gian tái phân bố thần kinh sớm, sức gấp khuỷu khỏe, không để lại di chứng.

**Từ khóa:** Chuyển thần kinh kép, liệt cao đám rối thần kinh cánh tay, phục hồi gấp khuỷu

## SUMMARY

### RESULTS OF DOUBLE NERVE TRANSFER TO RESTORE ELBOW FLEXION IN UPPER BRACHIAL PLEXUS PAISIES AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** Results of double nerve transfer to restore elbow flexion in upper brachial plexus paisies at 108 military central hospital. **Subjects and Method:** Cross-sectional descriptive study. A study of 21 patients were injured in upper brachial plexus, have been treated with double nerve transfer at 108 Military central hospital from 06/2018 to 06/2023. **Results:** All patients had MRC grade 0 (M0) elbow flexion strength before operation. Elbow flexion recovery's average was 134,3 ± 6,9° (100% score M4), could lift 9,3 ± 1,6 kg, very good and good results: 100%. No motor or sensory deficits related to the ulnar or median nerves were noted and all patients maintained good hand function.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Vỳ Văn Đới

Email: vyvandoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

**Conclusions:** The primarily results of this technique showed a good percentage of success and the strength of elbow flexion had an excellent result in a favorable duration, without sequelae.

**Keywords:** Double nerve transfer, upper brachial plexus injur, restoration of elbow flexion.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương liệt cao đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) do nhổ, đứt rễ C5, C6 (có hoặc không tổn thương rễ C7) là loại tổn thương có xu hướng ngày càng gia tăng, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn xe máy chiếm 97,5%[2]. Biểu hiện lâm sàng mất giang vai, xoay ngoài vai, mất gấp khuỷu gây mất chức năng chi trên nghiêm trọng, ảnh hưởng rất lớn đến cuộc sống của bệnh nhân. Rễ thần kinh (TK) bị nhổ từ tủy sống hoặc bị đứt sát lỗ ghép nên không thể điều trị bằng nối hoặc ghép thần kinh được, chuyển thần kinh là phương pháp mang lại kết quả tốt, được ưu tiên lựa chọn cho các trường hợp đến sớm trước 12 tháng. Theo nhiều tác giả, động tác gấp khuỷu được ưu tiên phục hồi gấp khuỷu trước rồi sau đó mới đến phục hồi chức năng vùng vai [9].

Năm 1994, Orberlin lần đầu tiên đề xuất kỹ thuật chuyển một bó sợi của thần kinh trụ cho nhánh vận động của cơ nhị đầu trong tổn thương liệt cao đám rối thần kinh cánh tay. Tuy nhiên, một số trường hợp sức gấp khuỷu chỉ đạt dưới M3[5]. Năm 2001, Mackinnon S.E, năm 2003 Livernaux P.A. dựa trên phương pháp Orberlin đề xuất kỹ thuật chuyển thần kinh kép phục hồi gấp khuỷu: Chuyển một hoặc vài bó thần kinh trụ cho nhánh vận động cơ nhị đầu và chuyển một bó thần kinh giữa cho thần kinh cơ cánh tay gọi là phương pháp Oberlin II.

Để góp phần vào việc đánh giá về kết quả chuyển thần kinh kép phục hồi mất gấp khuỷu ở bệnh nhân tổn thương các rễ trên đám rối thần kinh cánh tay và tạo cơ sở dữ liệu cho những nghiên cứu chuyên sâu sau này, chúng tôi tiến hành với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật chuyển thần kinh kép điều trị mất gấp khuỷu do liệt cao đám rối thần kinh cánh tay tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu: 21 bệnh nhân

được chẩn đoán xác định liệt cao do nhỏ, đứt các rễ trên (C5, C6 ± C7) đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương được phẫu thuật chuyển thần kinh kép để phục hồi gấp khuỷu từ tháng 06/2018 đến 06/2023 tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân dưới 60 tuổi được chẩn đoán tổn thương liệt cao do nhỏ, đứt các rễ trên của ĐRTKCT không còn khả năng nối ghép do nguyên nhân chấn thương có sức cơ gấp khuỷu M0 được phẫu thuật chuyển TK kép phục hồi gấp khuỷu. Thời gian chấn thương đến khi phẫu thuật không quá 12 tháng.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Tổn thương ĐRTKCT ở trẻ sơ sinh do nguyên nhân chấn thương sản khoa. Tổn thương kèm theo: Gãy xương phạm khớp khuỷu để lại di chứng hạn chế vận động khớp khuỷu.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 06/2018 đến tháng 06/2023.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang ở từng thời điểm: Trước mổ, thời điểm bệnh nhân ra viện (dựa vào hồ sơ bệnh án), thời điểm 24 tháng sau phẫu thuật.

**2.3.1. Kỹ thuật mổ.** Được thực hiện theo quy trình kỹ thuật của Teboul

- Bộc lộ TK cơ bì, phẫu tích lấy nhánh vận động của cơ nhị đầu và cơ cánh tay. Trong quá trình phẫu tích chú ý bảo tồn bó mạch cơ nhị đầu cánh tay để đảm bảo nuôi dưỡng cơ.

- Bộc lộ TK giữa tương ứng vị trí nhánh TK cơ cánh tay, TK trụ tương ứng vị trí nhánh TK cơ nhị đầu. Tách riêng các bó sợi, dùng máy kích thích điện TK để xác định và lựa chọn 1 bó sợi vận động của TK trụ, 1 bó sợi vận động của TK giữa chi phối vận động cho các cơ khu trước cẳng tay.

- Cắt bó sợi TK đã lựa chọn ở TK trụ và TK giữa. Chuyển bó sợi TK trụ cho nhánh vận động của cơ nhị đầu cánh tay và chuyển bó sợi TK giữa cho nhánh vận động của cơ cánh tay. Khâu nối trực tiếp bằng chỉ nylon 10/0 [10].

*Điều trị sau phẫu thuật*

- Bắt động bằng đeo túi treo tay hoặc nẹp bột ở tư thế khuỷu gấp 90 độ trong 3 tuần. Tập vận động gấp duỗi cổ tay và các ngón tay.

- Sau 3 tuần tập vận động thụ động gấp duỗi khuỷu để duy trì biên độ vận động khớp khuỷu.

- Sau 6 tuần tập với các bài tập tăng cường

sức nắm của bàn tay. Khi sức gấp đạt M3 trở lên bệnh nhân được khuyến khích tập gấp khuỷu với bàn tay duỗi, để tách động tác gấp khuỷu và động tác nắm bàn tay.

### 2.3.2. Phương pháp đánh giá kết quả.

Sức gấp khuỷu được đánh giá theo hệ thống thang điểm BMRC (British Medical Research Council).

M0: Không cơ cơ.

M1: Có máy cơ hoặc có dấu hiệu cơ cơ.

M2: Vận động chủ động khi không có trọng lực.

M3: Vận động chủ động thẳng được trọng lực.

M4: Vận động chủ động thẳng được trọng lực và lực cản.

M5: Sức cơ mạnh bình thường [3].

*Phân loại gấp khuỷu dựa vào: Sức gấp khuỷu, lực gấp khuỷu, biên độ gấp khuỷu để chia làm 4 mức độ:*

+ Rất tốt: Gấp khuỷu tối đa với góc  $\geq 135^\circ$ , sức cơ  $\geq$  M4, nâng tạ  $\geq$  10kg.

+ Tốt: Gấp khuỷu từ  $90^\circ$ - $135^\circ$ , sức cơ M4, nâng tạ < 10 kg.

+ Trung bình: Gấp khuỷu <  $90^\circ$ , sức cơ M3.

+ Kém: Sức cơ M0, M1, M2 [3].

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm đối tượng.** 21 bệnh nhân đều là nam (100%), tuổi trung bình  $28,5 \pm 8,4$  tuổi (20 - 43).

Nguyên nhân chấn thương: 20 bệnh nhân nguyên nhân do tai nạn giao thông (xe máy) chiếm 95,2%, 1 bệnh nhân do tai nạn sinh hoạt chiếm 4,8%.

Phân bố tổn thương: 8 bệnh nhân (C5, C6) chiếm 38,1% và 13 bệnh nhân (C5, C6, C7) chiếm 61,9%.

Thời điểm phẫu thuật trung bình:  $5 \pm 2,3$  tháng.

Thời gian cuối sau phẫu thuật:  $48,3 \pm 17,6$  tháng.

**3.2. Kết quả phục hồi gấp khuỷu.** Gấp khuỷu đạt sức cơ M4 là 100%, nâng tạ:  $9,3 \pm 1,6$  kg, góc gấp khuỷu:  $134,3 \pm 6,9^\circ$ , kết quả phục hồi gấp khuỷu rất tốt: 61,9%, tốt: 38,1%.

**Bảng 1: Chỉ số lực gấp khuỷu tay bên tổn thương thời điểm đánh giá cuối cùng sau phẫu thuật**

Nhóm tổn thương	Lực gấp khuỷu trung bình (kg)
C5, C6	$10,2 \pm 0,3$
C5, C6, C7	$8,8 \pm 1,9$

**Nhận xét:** Nhóm tổn thương các rễ C5, C6 có lực gấp khuỷu trung bình lớn hơn nhóm tổn thương C5, C6, C7.

**Bảng 2: Kết quả phục hồi gấp khuỷu thời điểm đánh giá cuối cùng sau phẫu thuật**

Nhóm tổn thương	Rất tốt	Tốt	Tổng
C5, C6	7(87,5%)	1(12,5%)	8
C5, C6, C7	6(46,2%)	7(53,8%)	13
<b>Tổng</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>21</b>

**Nhận xét:** Nhóm tổn thương các rễ C5, C6 có tỷ lệ phục hồi rất tốt cao hơn nhóm C5, C6, C7.

**Bảng 3: Chỉ số vận động, cảm giác của tay bên tổn thương trước mổ, khi ra viện và trên 24 tháng sau mổ**

Chỉ số	Thời gian Trước mổ	Khi ra viện	≥ 24 tháng sau mổ
Lực nắm bàn tay (kg)	15,8 ± 4,6	9,5 ± 2,8	24,9 ± 4,1
Lực kẹp ngón tay (kg)	5,0 ± 1,2	2,7 ± 0,9	7,1 ± 1,2
PD. Test ngón II (mm)	8,6 ± 1,3	11,7 ± 1,7	6,4 ± 0,9
PD. Test ngón V (mm)	7,1 ± 1,2	9,4 ± 1,2	5,9 ± 0,7

**Nhận xét:** Lực nắm bàn tay, lực kẹp bàn tay trung bình bên tổn thương khi ra viện thấp hơn trước mổ. Ở thời điểm đánh giá cuối, lực nắm bàn tay, lực kẹp bàn tay trung bình cao hơn thời điểm trước mổ.

Khoảng cách phân biệt 2 điểm ở mặt gan đốt 3 ngón II, ngón V trung bình tại thời điểm ra viện dài hơn trước mổ. Đến thời điểm kiểm tra cuối cùng, khoảng cách phân biệt 2 điểm trung bình ngắn hơn thời điểm trước mổ.

Sau mổ tất cả các bệnh nhân đều có rối loạn cảm giác tê bì vùng chi phối của thần kinh giữa và thần kinh trụ. Các dấu hiệu này giảm dần rồi mất trong vòng 6 - 8 tuần sau mổ.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong báo cáo này có 100% bệnh nhân là nam giới có độ tuổi trung bình nghiên cứu là 28,5 ± 8,4 tuổi (20 - 43 tuổi), nguyên nhân do tai nạn giao thông (xe máy) chiếm 95,2%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Phú (2020) có 95,1% bệnh nhân là nam, với tuổi trung bình là 29,9 tuổi và nguyên nhân do tai nạn xe máy là 100%. Ở Việt Nam nói riêng và ở các nước đang phát triển nói chung, những người trong độ tuổi lao động có nhu cầu di chuyển bằng xe máy rất nhiều và thường phóng nhanh vượt ẩu nên hay xảy ra tai nạn. Điều đó giải thích tại sao tổn thương ĐRTKCT thường gặp ở nam giới, trong độ tuổi lao động và nguyên nhân phần lớn là do tai nạn xe máy. Khi bị ngã xe máy, bệnh nhân thường ở tư thế đập vai xuống nền cứng, gây giãn cách đột ngột giữa đầu và vai, do đó làm nhỏ hoặc đứt các rễ TK

của ĐRTKCT từ lỗ gian đốt sống [3].

**4.2. Kết quả.** Theo nguyên lý chung thời gian tái phân bố thần kinh càng ngắn thì càng có lợi. Về mặt sinh học, khi cơ mất chi phối thần kinh kéo dài sẽ dẫn đến tình trạng cơ thoái hóa, xơ teo, giảm số lượng synaps thần kinh cơ hậu quả là giảm các đơn vị vận động. Do vậy, với cùng một số lượng sợi trục như nhau đến được cơ đích, nguồn cho càng gần với nguồn nhận thì kết tốt hơn [1]. Các phương pháp sử dụng nguồn cho là TK ngoại đám rối như TK hoành, TK liên sườn... chỉ đạt sức gấp khuỷu từ 50 - 90% ở mức M3 trở lên. Các nghiên cứu sử dụng nguồn cho là TK nội đám rối như TK ngực trong, TK ngực dài thì kết quả phục hồi gấp khuỷu đạt sức cơ M3 trở lên từ 80 - 100% [6]. Các tác giả sử dụng phương pháp Oberlin I cho kết quả khả quan hơn, tuy nhiên một số trường hợp có sức gấp khuỷu dưới M3 hoặc bằng M3 phải phẫu thuật chuyển gân Steindler bổ sung [7]. Nhiều nghiên cứu sử dụng phương pháp chuyển TK kép (Oberlin II) có kết quả tỷ lệ phục hồi gấp khuỷu tốt hơn các phương pháp khác. Có 2 nguyên nhân làm cho phương pháp chuyển thần kinh kép đạt được kết quả gấp khuỷu tốt hơn so với chuyển một vài bó từ thần kinh trụ hoặc từ nguồn cho thần kinh khác như thần kinh liên sườn và thần kinh phụ XI. Thứ nhất, khoảng cách từ vị trí nối đến bản vận động của cơ được tái thần kinh là ngắn hơn rất nhiều, được nối trực tiếp mà không qua đoạn ghép trung gian so với các nguồn khác như thần kinh XI, thần kinh liên sườn. Thứ hai, các bó được lựa chọn là những bó có tỉ lệ axon vận động lớn được xác định qua kích thích điện thần kinh, và được nối một cách chọn lọc vào bó vận động của cơ nhị đầu và cơ cánh tay, do vậy phục hồi toàn bộ cơ khu trước cánh tay, nên sức gấp khuỷu đạt được lớn hơn so với chuyển một vài bó từ thần kinh trụ [1], [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm đánh giá cuối cùng ≥ 24 tháng sau mổ, tất cả 21 bệnh nhân (100%) đều đạt sức gấp khuỷu M4 với khả năng nâng tạ trung bình: 9,3 ± 1,6 kg, góc gấp khuỷu: 134,3 ± 6,9°, kết quả hồi gấp khuỷu rất tốt: 61,9%, tốt: 38,1%. Trong đó nhóm tổn thương rễ C5, C6 có lực gấp khuỷu trung bình, kết quả phục hồi lớn hơn nhóm tổn thương C5, C6, C7. Nghiên cứu của Bhandari P.S. (2008) có kết quả 23 bệnh nhân đều phục hồi gấp khuỷu: với 15 ca đạt sức cơ M4 và 8 ca đạt sức cơ M3, sức nâng tạ trung bình đạt 5kg. Thời gian theo dõi sau mổ của tác giả này ngắn hơn chúng tôi nên kết quả phục hồi còn thấp hơn so với kết quả của chúng tôi. Kết

quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Phú (2020), 81/81 bệnh nhân (100%) đạt sức gấp khuỷu M4, lực gấp khuỷu trung bình 10,4 kg, biên độ trung bình 138° [3], [4].

Theo dõi, đánh giá lực nắm bàn tay, lực kẹp ngón tay sau chuyển TK kép, chúng tôi thấy ngay sau mổ (khi ra viện) yếu hơn so với trước mổ, đến khi thời điểm đánh giá cuối cùng tăng cao hơn thời điểm trước mổ. Tương tự, cảm giác phân biệt 2 điểm tại mặt gan đốt 3 ngón II và mặt gan đốt 3 ngón V cũng có diễn biến là giảm mạnh tại thời điểm ngay sau phẫu thuật, đến thời điểm trên 24 tháng sau mổ thì cảm giác tốt hơn thời điểm trước khi phẫu thuật. Sau mổ tất cả các bệnh nhân đều có rối loạn cảm giác tê bì vùng chi phối của thần kinh giữa và thần kinh trụ. Các dấu hiệu này giảm dần rồi mất trong vòng 6 - 8 tuần sau mổ. Các nghiên cứu trước đó về phương pháp Orberlin I và II đều cho thấy hiện tượng rối loạn cảm giác và yếu vận động các cơ ở cẳng tay và bàn tay phục hồi và không để lại di chứng nào [3], [7]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đối phù hợp với các tác giả trên thế giới.

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp chuyển thần kinh kép phục hồi gấp khuỷu cho kết quả tốt, thời gian tái phân bố thần kinh sớm, sức gấp khuỷu khỏe, không để lại di chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Đoàn (2012), "Kết quả bước đầu chuyển TK kép phục hồi gấp khuỷu điều trị liệt cao đám rối thần kinh cánh tay", Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam, 3, pp. 15-22.
2. Lâm Khánh và cộng sự (2019), "Nghiên cứu

giá trị chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ và điện thần kinh trong chẩn đoán tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do chấn thương", Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ quốc phòng. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

3. Nguyễn Văn Phú (2020), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật chuyển thần kinh để phục hồi gấp khuỷu và giang vai trong điều trị tổn thương nhỏ, đứt các rễ trên của đám rối cánh tay", Luận án tiến sĩ y học, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.
4. Maurya S, Bhatti T S, Mukherjee M K, et al (2008), "Multiple nerve transfers for the reanimation of shoulder and elbow functions in irreparable C5, C6 and upper truncal lesions of the brachial plexus", Indian Journal of Neurotrauma, 05 (02), tr. 95, pp. 95-104.
5. Oberlin C. B D, Leechavengvongs S., et al. (1994), "Nerve transfer to biceps muscle using a part of ulnar nerve for C5-C6 avulsion of the brachial plexus: anatomical study and report of four cases", The Journal of Hand Surgery, 19 (2), pp. 232-237.
6. Chia D S Y, Doi K, Hattori Y, et al (2020), "Elbow flexion strength and contractile activity after partial ulnar nerve or intercostal nerve transfers for brachial plexus injuries", Journal of hand surgery, 45 (8), pp. 818-826.
7. de Azevedo F A S, Abdouni Y A, Ogawa G, et al (2019), "Functional Outcome of Oberlin Procedure", Acta Ortop Bras, 27 (6), pp. 294-297.
8. Donnelly M R, Rezzadeh K T, Vieira D, et al (2020), "Is one nerve transfer enough? A systematic review and pooled analysis comparing ulnar fascicular nerve transfer and double ulnar and median fascicular nerve transfer for restoration of elbow flexion after traumatic brachial plexus injury", Microsurgery, 40 (3), pp. 361-369.
9. Forli A, Bouyer M, Aribert M, et al (2017), "Upper limb nerve transfers: A review", Hand Surg Rehabil, 36 (3), pp. 151-172.
10. Goubier J N, Teboul F (2007), "Technique of the double nerve transfer to recover elbow flexion in C5, C6, or C5 to C7 brachial plexus palsy", Tech Hand Up Extrem Surg, 11 (1), pp. 15-17.

## ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ CỦA DẤU HIỆU ĐÁM MỜ XOANG TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM XOANG DO NĂM

Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>, Hoàng Thị Quyên<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Nghiên cứu nhằm đánh giá giá trị của dấu hiệu đám mờ xoang trên cắt lớp vi tính (CLVT)

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 13.12.2023

trong chẩn đoán viêm xoang do nấm (VXDN). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 70 bệnh nhân viêm mũi xoang đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 07 năm 2023. Các bệnh nhân này đều được chụp cắt lớp vi tính xoang, sau đó được phẫu thuật nội soi xoang và được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm nấm sau mổ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 53±11,8, tuổi thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 78. VXDN được chẩn đoán trên 60/70 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 86% trong đó có 46/60 bệnh nhân là u nấm xoang, chiếm 76,7%, số còn lại là VXDN xâm nhập mạn tính. Trên CLVT, hình ảnh đám