

- landmark-guided technique for internal jugular vein cannulation. *Journal of clinical monitoring and computing*. Feb 2015;29(1):177-82. doi:10.1007/s10877-014-9585-3
2. **Huỳnh Văn Bình, Nguyễn Trung Cường, Đinh Hữu Hào.** Một số kinh nghiệm trong triển khai các kỹ thuật gây mê hồi sức dưới hướng dẫn siêu âm. *Tạp chí Y học TP HCM*. 2017;21(3):tr. 52-56.
 3. **Shrestha GS, Gurung A, Koirala S.** Comparison between long- and short-axis techniques for ultrasound-guided cannulation of internal jugular vein. *Annals of cardiac anaesthesia*. Apr-Jun 2016;19(2):288-92. doi:10.4103/0971-9784.179629
 4. **Batllori M, Urra M, Uriarte E, et al.** Randomized comparison of three transducer orientation approaches for ultrasound guided internal jugular venous cannulation. *British journal of anaesthesia*. Mar 2016;116(3):370-6. doi:10.1093/bja/aev399
 5. **Nguyễn Thị Thanh.** Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của đặt đường truyền tĩnh mạch cảnh trong dưới hướng dẫn siêu âm. *Tạp chí Y học TP HCM*. 2013;17(6):tr.231-236.
 6. **Nguyễn Thị Thanh Trúc, Phan Tôn Ngọc Vũ, Nguyễn Thị Thanh.** Hiệu quả của kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong dưới hướng dẫn siêu âm. *Tạp chí Y học TP HCM*. 2016;20(1):tr. 246-251.
 7. **Rath A, Mishra SB, Pati B, et al.** Short versus long axis ultrasound guided approach for internal jugular vein cannulations: A prospective randomized controlled trial. *The American journal of emergency medicine*. Apr 2020;38(4):731-734. doi:10.1016/j.ajem.2019.06.010
 8. **Dodge KL, Lynch CA, Moore CL, et al.** Use of ultrasound guidance improves central venous catheter insertion success rates among junior residents. *Journal of ultrasound in medicine : official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine*. Oct 2012;31(10):1519-26. doi:10.7863/jum.2012.31.10.1519

TỔNG QUAN VỀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NANG VÀ RÒ SỐNG MŨI

Đỗ Minh Khang¹, Phạm Tuấn Cảnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nang và rò sống mũi (NDSCs) là một tổn thương bẩm sinh hiếm gặp ở trẻ nhỏ. Biểu hiện lâm sàng là nang hoặc đường rò ở đường giữa mũi và có thể kéo dài tới nội sọ. **Mục tiêu:** Tổng quan về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của tổn thương hiếm gặp này. **Phương pháp:** Tổng quan luận điểm **Kết quả:** Tất cả có 197 ca bệnh đã được lập bảng và đánh giá. Có 3 bệnh nhân có tổn thương nang và lỗ rò tại tiểu trụ mũi; 19 tại đầu mũi; 56 tại sống mũi; 17 tại vị trí gốc mũi; 7 tại khốe mắt trong; 13 tại ụ trên gốc mũi. Nguy cơ của tổn thương xâm lấn nội sọ là 26,2 phần trăm Khuyến cáo được đưa ra là tất cả các bệnh nhân NDSCs nên được chụp phim cộng hưởng từ (MRI) và/hoặc phim cắt lớp vi tính (CT). Các đường mổ tiếp cận tổn thương và phần tổng quan tài liệu tương ứng đã được trình bày. NDSCs có thể tái phát nếu không được loại bỏ hoàn toàn. Có 15 trường hợp (7,6 phần trăm) tái phát trong nghiên cứu này. **Kết luận:** Nang và rò sống mũi là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp. Đánh giá trước phẫu thuật cần phải đánh giá dựa trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh để đánh giá mức độ và loại trừ tổn thương xâm lấn nội sọ. NDSCs dễ bị chẩn đoán sai, dễ tái phát và những tổn thương sau phẫu thuật ảnh hưởng đến khuôn mặt. Vì vậy chiến lược phẫu

thuật phụ thuộc rất nhiều và biểu hiện của tổn thương là dạng nang hay rò, vị trí và mức độ tổn thương.

Từ khóa: Nasal dermoid sinus cyst; Clinical presentation; Radiological imaging; Therapy; Surgical outcomes.

SUMMARY

REVIEW OF CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF NASAL DERMOID SINUS CYSTS

Introduction: Nasal dermoid sinus cysts (NDSCs) are uncommon congenital lesions in children. Clinical manifestations are midline nasal cysts, fistula and intracranial attachments. **Objective:** To review the clinical presentation and subclinical presentation and study the surgical outcomes of this uncommon lesion. **Method:** A scoping review. **Result:** All 197 cases are tabulated and reviewed. Three cases were located on the columella; nineteen, tip; fifty-six, dorsum; seventeen, nasal root; seven, medial canthal; thirteen, nasion. The risk of intracranial extension is 26.2 per cent (51 cases). It is recommended that all patients who present with a NDSCs should be investigated by magnetic resonance (MRI) and/or computed tomography (CT). The approach to extension and corresponding literature review has been presented. Recurrences are likely if the NDSC is not completely excised. There were 15 recurrence (7,6 per cent) in this research article. **Conclusion:** NDSCs is an uncommon congenital anomaly. Preoperative evaluation must include imaging to assess extent and rule out intracranial extension. NDSC are easily misdiagnosed, leading to recurrence and surgical trauma affecting the face. Early appropriate surgical

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Khang

Email: khang26081997@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2024

Ngày duyệt bài: 8.2.2024

excision is recommended. Surgical strategy depends on whether presentation is as sinus or cyst and location and extent of lesion. **Keywords:** Nasal dermoid sinus cyst; Clinical presentation; Radiological imaging; Therapy; Surgical outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang và rò sống mũi (Nasal dermoid sinus cysts) là một dị tật bẩm sinh hiếm và thường chỉ gặp ở trẻ nhỏ. Rò sống mũi chiếm khoảng 10% các nang bì vùng đầu cổ và chiếm khoảng 1% của các nang bì nói chung.¹ Tại Việt Nam chưa có một nghiên cứu có hệ thống nào về bệnh lý này được thực hiện cho tới hiện nay. Biểu hiện lâm sàng của nang và rò sống mũi thường nghèo nàn, bên cạnh đó các khía cạnh về mô bệnh học, phân loại, các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị vẫn chưa được đề cập một cách chi tiết và đầy đủ. Mặt khác, trong thực tế dị tật bẩm sinh này ít được quan tâm chú ý. Do sự hiểu biết về bệnh chưa nhiều, các nghiên cứu về bệnh được báo cáo còn đơn lẻ, cá biệt, chưa mang tính hệ thống. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: "*Tổng quan về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nang và rò sống mũi*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bài báo khoa học liên quan đến nang và rò sống mũi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tổng quan luận điểm. Nghiên cứu này được thực hiện theo hướng dẫn PRISMA-Scr về các mục trong tổng quan luận điểm.

2.2.1. Cơ sở dữ liệu. Một quá trình tìm kiếm toàn diện và có hệ thống các bài báo trong y văn trên cơ sở dữ liệu PubMed, Tạp chí Y học Việt Nam,... Sau đó tiến hành tìm kiếm với các từ khóa tìm kiếm là: Nasal dermoid sinus cyst; Clinical presentation; Radiological imaging; Therapy; Surgical outcomes.

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu

- Các nghiên cứu về nang và rò sống mũi.
- Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, các phương pháp và kết quả điều trị nang và rò sống mũi.
- Các nghiên cứu trên toàn thế giới được

công bố bằng ngôn ngữ tiếng Anh, tiếng Việt và có bản toàn văn.

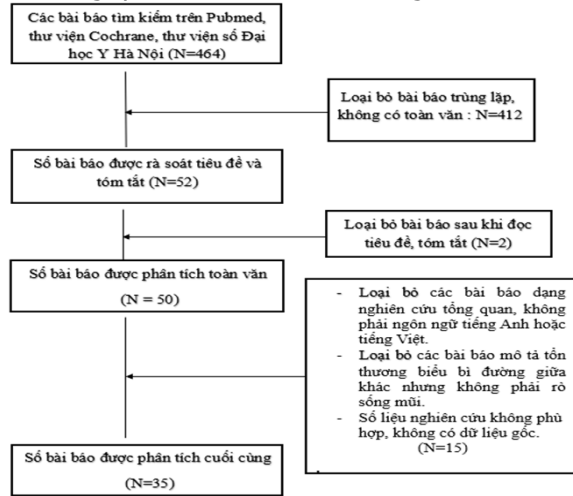
2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ nghiên cứu.

Công bố dưới các ngôn ngữ khác tiếng Anh và tiếng Việt. Không có bản toàn văn. Nghiên cứu không cung cấp các dữ liệu gốc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Quá trình lựa chọn nghiên cứu.

Quá trình lựa chọn nghiên cứu của chúng tôi được thể hiện trong hình 1. Sau khi đã được chọn lọc nghiêm ngặt lựa chọn ra 35 bài báo cho nghiên cứu tổng quan luận điểm của chúng tôi.



Hình 1: Sơ đồ quá trình lựa chọn nghiên cứu

3.2. Phân loại nghiên cứu tìm được.

Có tất cả 35 nghiên cứu. Trong đó phần lớn bệnh nhân được báo cáo đến từ Hoa Kỳ với 109 bệnh nhân với 11 nghiên cứu (31,4%). Châu Âu đóng góp vào 12 nghiên cứu (34,3%). Châu Á với 10 nghiên cứu (28,6%). Cuối cùng chỉ có 1 nghiên cứu tại Châu Phi và 1 nghiên cứu tại Châu Úc.

3.3. Đặc điểm lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trong 118 bệnh nhân được mô tả, có 3 bệnh nhân (2,5%) có tổn thương nang và lỗ rò tại tiểu trụ mũi. Có 19 bệnh nhân (16%) có tổn thương phát hiện tại đầu mũi. Có 56 bệnh nhân (47,5%) có tổn thương nang và lỗ rò tại sống mũi. Có 17 bệnh nhân (14,5%) có tổn thương tại vị trí gốc mũi.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp và kết quả điều trị nang và rò sống mũi

STT	Tác Giả	N	Lâm sàng	Vị trí	Phân độ theo CT	Phân độ theo MRI	Phân độ phẫu thuật	Phương pháp phẫu thuật	Biến chứng/ Di chứng
1	Robert M. Sweet	2	Lỗ rò, có lông, xuất tiết	Gốc mũi	I	NA	I	EI	0

			Nang	Gốc mũi	II	NA	II	LRI	0
2	Hi Heui Kim	1	Nang, lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	II	II	II	ERI + EI+ ES	0
3	Miles J. Pfaff	3	Nang	Khóe mắt trong	NA	IV	IV	CI+ ES	0
			Nang	Khóe mắt trong	NA	IV	IV	ERI+ EI	0
			Nang	Khóe mắt trong	NA	IV	IV	CI+ PF+ ES	0
4	Chad A.Purnell	10	NA	NA	NA	NA	3 độ III 7 độ IV	10AC, 10 PF, 10VI, 10EI	0
5	Will E.Blake	25	24 nang, 7 lỗ rò, 2 xuất tiết	NA	5 độ IV 20 độ I,II	4 độ IV 1 độ III 20 độ I, II	4 độ IV 1 độ III 25 độ I,II	3 AC, 4 CI, 5 ERI, 16EI, 3 ES	1 tái phát, 2 ngạt mũi, 1 nhiễm trùng vết mổ, 1 sẹo xấu
6	R.Locke	3	Lỗ rò, xuất tiết	Nhân trung	III	III	III	1 ERI+ EI	0
			Nang, lỗ tịt	Sống mũi	II	II	II	1 ERI	0
			Lỗ tịt, có lông	Sống mũi	III	III	III	NA	0
7	Reza Rahbar	42	24 nang, 10 lỗ rò, 2 có lông	13 u trên gốc mũi, 1 nhân trung 4 đầu mũi, 1 tiểu trụ, 23 sống mũi	11 độ IV	NA	8 độ IV	3 MCI, 2LRI, 8CI, 3ERI, 4 TI, 15 VI, 2 ES	5 tái phát
8	Alfonso Santamaria Gadea	1	Lỗ rò, xuất tiết	Sống mũi	III	IV	IV	1 ERI + 1 ES + 1EI	0
9	M. Henikeri	5	lỗ rò	Sống mũi	III	IV	IV	AC+ CI+ PF+EI	0
			Lỗ rò, có lông	Sống mũi	NA	IV	IV	AC+ CI+ PF	0
			Lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	NA	IV	IV	AC+ CI+ PF	0
			Lỗ rò	Sống mũi	NA	IV	IV	AC+ CI+ PF	0
			Lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	III	IV	IV	AC+ CI+PF+EI	Tái phát
10	Kun Ni	11	11 nang, 2 lỗ rò	2 đầu mũi, 1 khóe mắt trong, 8 gốc mũi	3 độ I,5 độ II, 3 độ III, 1 độ IV	NA	1 độ I, 6 độ II, 3 độ III, 1 độ IV	1 SSDI, 10 VI, 1 ES	Nhiễm trùng vết mổ
11	R.Locke	20	NA	NA	NA	NA	4 độ 4	11 MCI, 9 ERI	0
12	Joaquin Hidalgo	1	Nang, lỗ rò, có lông, xuất tiết	Đầu mũi	NA	IV	IV	CI+ PF+ERI	0
13	Naeem Mahkdoom	7	Lỗ tịt, lỗ rò, xuất tiết	NA	6 dưới độ III	NA	6 < độ III, 1 độ III	7 E	1 tái phát 1 sẹo xấu
14	Garrett Post	1	Lỗ rò	Đầu mũi	III	NA	III	CI + EI	0
15	Jeremy Wales	1	Nang	Gốc mũi	III	III	III	TI	0
16	Irene Whelehan	1	Lỗ rò, lỗ tịt, xuất tiết	Đầu mũi, khóe mắt trong	NA	NA	NA	NA	0
			Lỗ tịt, lỗ rò, xuất tiết	Đầu mũi, khóe mắt trong	IV	NA	IV	NA	0
17	Regis Cauchois	1	Nang	NA	III	NA	II	CI + EI	0
18	Eugene A	1	Lỗ tịt, lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	I	NA	I	ERI+ EI	0

19	Terry D.Wardinsky	22	20 lỗ rò, 3 có lông, 12 xuất tiết	5 đầu mũi, 3 gốc mũi, 1 tiểu trụ, 1 nhân trung, 9 sống mũi, 1 Rãnh mũi má	NA	NA	10 độ IV	NA	0
20	Stefano Cambiaghi	2	Nang, lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	I	NA	I	NA	0
			Nang, lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	IV	IV	IV	NA	Mất ngủ
			Nang, lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	NA	NA	NA	NA	0
21	He Zhao	1	Nang, xuất tiết	Đầu mũi	II	II	II	VI + ES	0
22	Jean Baptiste Charrier	1	Lỗ rò	Sống mũi	III	NA	III	CI + VI +EI	0
23	Seungjun Lee	1	Nang	Đầu mũi	IV	IV	NA	EI	0
24	H.L. Brydon	2	Lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	IV	NA	IV	NA	0
			Lỗ rò, xuất tiết	Tiểu trụ	IV	NA	IV	CI+PF	0
25	Yasuhiro Okuda	1	Lỗ rò, xuất tiết	Gốc mũi	I	NA	IV	AC	tái phát
26	Khalid Al Hawsawi	1	Nang	Khóe mắt trong	NA	II	II	NA	NA
27	Bhushan	1	Lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	II	NA	II	NA	NA
28	Fedir Yurochko	1	Lỗ rò, xuất tiết	Sống mũi	NA	III	III	ERI	0
29	Ryan Bishop	14	NA	NA	NA	NA	2 độ IV	1ERI, 13 VI	4 tái phát
30	Dasari Samuel Deenadayal	1	Nang	Sống mũi	NA	III	III	ERI+ EI	Sẹo xấu
31	Nilam Sathe	6	Nang, lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	II	NA	II	ERI	0
			Lỗ rò, xuất tiết	Sống mũi	III	NA	III	ERI+ES	0
			Lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	I	NA	I	EI	0
			Lỗ rò, xuất tiết	khóe mắt, hốc mũi	II	NA	II	EI	0
			Lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	II	NA	II	EI	0
			Nang	Gốc mũi	II	NA	II	EI	0
32	Jorge Rodrigues	1	Lỗ rò, có lông, xuất tiết	Sống mũi	NA	IV	IV	NA	NA
33	Esther Garezi	2	Nang, lỗ tịt	Sống mũi	III	III	III	EI	0
			Nang	Đầu mũi	II	II	II	ERI	0
34	O.Benhoulmad	1	Nang, lỗ rò	Sống mũi	NA	NA	NA	VI	0
35	Ashok Gandhi	1	Lỗ rò	Đầu mũi	IV	IV	IV	CI+ PF	Viêm màng não

Chú thích: STT: số thứ tự; N: số bệnh nhân; TI=Transverse Incision: đường mổ ngang; VI=Vertical incision: đường mổ dọc; CI= Coronal incision: đường mổ sọ trán; LRI=Lateral rhinotomy incision: Đường mổ mũi bên; MCI= Medial cathal incision: đường mổ khóe mắt

trong; ERI=External rhinoplasty: đường chỉnh hình mũi mở; EI=Elip incision: đường mổ hình elip; SSDI= Shuttle-shaped double incision: đường mổ chân mày; ES=Endoscopy: mổ nội soi; AC=Anterial Craniotomy: có mổ sọ trước; PF= pericranial flap: có sử dụng vạt quanh sọ

trước; NA=not available: không có thông tin;

Có 7 bệnh nhân (6%) biểu hiện bệnh ở vị trí gần khoeo mắt trong. Có 13 bệnh nhân (11%) có tổn thương được mô tả tại vị trí ụ trên gốc mũi thuộc xương trán trong nghiên cứu của tác giả Reza Rahbar.⁴ Có 1 bệnh nhân có tổn thương thuộc nhóm hiểm gặp tại vị trí rãnh mũi má trong nghiên cứu của tác giả Terry D.Wardinsky.²

Trong 151 bệnh nhân được mô tả các triệu chứng cơ năng có 55 bệnh nhân (36,4%) có thể quan sát thấy hình ảnh nang trên đường giữa mũi. Có 78 bệnh nhân (51,7%) có biểu hiện là một lỗ nhỏ trên đường giữa của mũi. Trong đó có 6 bệnh nhân được mô tả có lỗ dạng lỗ tịt không xuất tiết. Trong các bệnh nhân trên có 22 bệnh nhân (14,6%) có hiện tượng mọc lông từ vị trí lỗ rò. Có 40 bệnh nhân (26,5%) có biểu hiện chảy dịch, xuất tiết các chất bã đậu và dịch hôi từ lỗ rò.

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng. Có 130 bệnh nhân trong 24 nghiên cứu được mô tả đặc điểm tổn thương NDSCs trên phim chụp CT. Theo nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tổn thương nội sọ trên CT có tỷ lệ chẩn đoán dương tính giả là 5/22 chiếm 22,7%, tỷ lệ chẩn đoán âm tính giả là 5/21 chiếm 23,8%.

Có 50 bệnh nhân trong 17 nghiên cứu được chụp Cộng hưởng từ. Tỷ lệ chẩn đoán chính xác phân độ trên phim cộng hưởng từ trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%.

3.5. Các phương pháp phẫu thuật. Có 37 bệnh nhân trong 16 nghiên cứu được phẫu thuật theo phương pháp chỉnh hình mũi mở. Có 50 bệnh nhân trong 6 nghiên cứu được phẫu thuật với đường mổ dọc. Có 4 bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Reza Rahbar được phẫu thuật theo đường mổ thẳng ngang.⁴ Ngoài ra đường ngang hình zig zag được thực hiện trong báo cáo của tác giả Jeremy Wales năm 2020.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi có 46 bệnh nhân trong 17 báo cáo được phẫu thuật với đường mổ hình Elip. Đường mổ Coronal là một phương pháp phẫu thuật kinh điển thường cho những tổn thương NDSCs độ III,IV. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 27 bệnh nhân được áp dụng đường mổ này. Mở sọ trước là phương pháp mở xương trán giúp bộc lộ hố sọ trước để loại bỏ tổn thương nội sọ của NDSCs. Phương pháp này có thể kết hợp với đường mổ Coronal hoặc đường mổ dọc (Vertical Excision). Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân duy nhất trong báo cáo của tác giả Kun Ni có tổn thương độ III được phẫu thuật với phương pháp này.⁶ Ngoài ra tất cả các trường hợp mở sọ trán còn lại đều có tổn

thương NDSCs độ IV. Có 13 bệnh nhân trong 8 nghiên cứu được phẫu thuật nội soi hoặc có sự hỗ trợ bằng nội soi để kiểm soát hết toàn bộ đường rò. Ngoài ra có các đường mổ ít gặp khác như đường mổ mũi bên, đường chân mày, đường khoeo mắt trong...

Áp dụng kết hợp nội soi trong phẫu thuật được áp dụng sớm nhất trong nghiên cứu của tác giả Hi Heui Kim vào năm 2010 và trở nên phổ biến gần đây.⁴ Thường được áp dụng với các tổn thương phân độ II trở lên khi việc quan sát bằng mắt thường trở nên khó khăn với sự phức tạp của đường rò. Kết hợp giữa phẫu thuật chỉnh hình mũi mở với phương pháp khác được báo cáo trên 9 bệnh nhân. Có một bệnh nhân được kết hợp phẫu thuật chỉnh hình mũi mở lấy đường rò sống mũi có sử dụng định vị (Navigation) trong nghiên cứu của tác giả Dasari Samuel Deenadayal.⁷

3.6. Kết quả điều trị. Có 15 bệnh nhân tái phát sau phẫu thuật chiếm 7,6%. Thời gian phát hiện tái phát nhanh nhất là 5 ngày sau phẫu thuật, lâu nhất là 17 năm. Có 1 bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ hậu phẫu. Có 2 bệnh nhân cần chỉnh hình sẹo mổ sau phẫu thuật. Có một bệnh nhân sau phẫu thuật mở sọ trước lấy đường rò nội sọ để lại di chứng mất ngủ do viêm mũi kéo dài vùng hành khứu. Di chứng ngạt mũi sau phẫu thuật xảy ra ở 2 bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Biểu hiện lâm sàng chính của bệnh nhân NDSCs xoay quanh 2 dạng chính là nang và đường rò. Trong đó dạng đường rò có thể gặp 2 dạng là lỗ tịt hoặc lỗ rò ra da. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể nhận thấy rằng đường rò có kéo dài tới nội sọ không phụ thuộc vào khoảng cách vị trí xa hay gần của nang hay lỗ rò tới nền sọ trước. Với những bệnh nhân có tình trạng áp xe nang và đường rò, cần được chích rạch dẫn lưu áp xe và điều trị kháng sinh trước phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá tổn thương nội sọ trên CT có tỷ lệ dương tính giả là 22,7% và tỷ lệ âm tính giả là 23,8% vì những dấu hiệu trên CT chỉ là những hình ảnh gián tiếp để đánh giá một tình trạng liên quan đến nội sọ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ chẩn đoán đúng phân độ tổn thương của NDSCs trên phim chụp MRI là 100%. Trong một số trường hợp, bệnh nhân có thể chỉ cần chụp phim cộng hưởng từ mà không cần chụp thêm phim cắt lớp vi tính.

Với những tổn thương nội sọ chỉ định phẫu thuật càng sớm càng tốt, đặc biệt trên những

bệnh nhân tổn thương nội sọ có biến chứng. Nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật là lấy được toàn bộ nang và đường rò. Với những tổn thương nền sọ hoặc nội sọ cần được sửa chữa nền sọ sau khi lấy đường rò để tránh biến chứng rò dịch não tủy cũng như nhiễm trùng nội sọ hậu phẫu. Với những tổn thương khuyết thiếu vùng sống mũi cần được chỉnh hình giúp đảm bảo tính thẩm mỹ sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tái phát là 7.6%. Các biến chứng thường gặp là nhiễm trùng vết mổ, sẹo xấu, mất ngủ, ngạt mũi, biến dạng mũi gây mất thẩm mỹ.

V. KẾT LUẬN

Vị trí của nang và rò sống mũi chủ yếu ở sống mũi, chóp mũi và gốc mũi,... Không có sự tương quan nào giữa vị trí nang và lỗ rò với tổn thương xâm lấn nội sọ. Phim MRI là cơ sở vững chắc để chẩn đoán và phân độ tổn thương NDSCs. Cần phẫu thuật càng sớm càng tốt tránh những biến chứng sau này. Các biến chứng sau mổ có thể gặp như biến dạng mũi, sẹo xấu, ngạt mũi, mất ngủ, rò dịch não tủy. Trong quá trình theo dõi sau mổ, không chỉ định chụp MRI thường quy nếu không nghi ngờ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **R Locke, H Kubba** (2012). Unusual variants of midline nasal dermoid cysts: a series of three cases. *The Journal of Laryngology & Otology*, 126, 83-87.
2. **Terry D.Wardinsky et al** (1991). Nasal Dermoid Sinus Cysts: Association with Intracranial Extension and Multiple Malformations. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 28(1), 87-95.
3. **H.L.Brydon** (1992). Intracranial Dermoid Cysts With Nasal Dermal Sinuses. *Acta Neurochirurgica*, 188, 185-188.
4. **Reza Rahbar, Prerak Shah, Jonh B. Mulliken et al** (2003). The Presentation and Management of Nasal Dermoid. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 129, 464-471.
5. **Jeremy Wales et al** (2020). A superficial nasal dermoid cyst excised through a novel horizontal zig-zag incision in a 49-year-old man. *Acta Oto-Laryngologica Case Reports*, 5(1), 28-32.
6. **Kun Nia, Xiaoyan Lia, Limin Zhao et al** (2020). Diagnosis and treatment of congenital nasal dermoid and sinus cysts in 11 infants. A consort compliant study, 99(21), 1-6
7. **Dasari Samuel Deenadayal** (2018). Management of Recurrent Nasal Dermoid in an Adolescent with Nasal Pyramid Deformity. *International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 7, 132-137.

KHẢO SÁT TÍNH TOÀN VẸN PHÂN TỬ DNA TỰ DO (CCFDNA) TRONG MÁU Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Trần Ngọc Ánh¹, Lê Vũ Huyền Trang², Lê Thị Kim Chung², Nguyễn Văn Huy³, Lê Thị Huyền Trang⁴, Nguyễn Trọng Tuệ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ và tính toàn vẹn của ccfDNA trong huyết tương, từ đó đánh giá mối liên quan với một số đặc điểm của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh-chứng với 50 bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN và 50 người nhóm chứng không mắc các bệnh lý ung thư và bệnh lý tự miễn hệ thống kèm theo được tuyển chọn vào nghiên cứu tại khoa khám bệnh và khoa ung bướu bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh trong thời gian từ tháng 8/2022 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Nồng độ trung bình của ALU-115 trong máu bệnh nhân

(81,25±48,36 ng/mL) cao hơn so với nhóm chứng (8,63±17,89 ng/mL), nồng độ ALU-247 ở bệnh nhân (51,75±40,25 ng/mL) cao hơn so với nhóm chứng (2,67±3,39 ng/mL), tỷ lệ ALU-247/ALU-115 ở nhóm bệnh nhân (0,65±0,25) cao hơn so với nhóm chứng (0,52±0,27). Khi phân tích giá trị chẩn đoán bằng đường cong ROC cho thấy ALU-247 (AUC=96,692%, p<0,001, Se: 94%, Sp: 96%), ALU-115 (96,8%, p<0,001, Se: 100%, Sp: 86%), tỉ lệ ALU-247/ALU-115 (64,12%, p=0,015, Se: 86%, Sp: 46%) đều có giá trị cao cho chẩn đoán UTPKTBN. **Kết luận:** Nồng độ của các dấu ấn sinh học ALU-115, ALU-247 và tỉ lệ ALU-247/ALU-115 tăng ở bệnh nhân UTPKTBN cũng như có xu hướng tăng theo giai đoạn của bệnh. Các dấu ấn sinh học này có tiềm năng trở thành xét nghiệm trong chẩn đoán sớm và theo dõi điều trị bệnh UTPKTBN

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, ALU-115, ALU-247, screening, NSCLC guidelines

SUMMARY

STUDY OF THE CELL-FREE CIRCULATING DNA (ccfDNA) INTEGRITY IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Objective: Study the concentration and the

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Ninh Bình

⁴Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Tuệ

Email: trongtue@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2024

Ngày duyệt bài: 7.2.2024