

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Anh Chí, Hoàng Tử Hùng.** Đặc điểm răng cửa hình xẻng và nướm Carabelli ở người Katu. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2011. Tập 15, Phụ bản của Số 2, tr.47-55.
2. **Huỳnh Kim Khang.** Đặc điểm Carabelli trên răng cối lớn thứ nhất hàm trên người Việt. Tạp chí Y học Việt Nam. Tháng 10/2013. Số đặc biệt, tr.75-78.
3. **Hsu JW, Tsai PL, Hsiao TH, Chang HP, Lin LM, Liu KM, Yu HS, Ferguson D.** Ethnic dental analysis of shovel and Carabelli's traits in a Chinese population. Aust Dent J. 1999 Mar; 44(1): 40-5. doi: 10.1111/j.1834-7819.1999.tb00534.x
4. **Joshi MR, Godiawala RN, Dutia A.** Carabelli's trait in Hindu children from Gujarat. J Dent Res. 1972 May-Jun; 51(3):706-11. doi: 10.1177/00220345720510030301
5. **Kamatham R, Nuvvula S.** Expression of Carabelli trait in children from Southern India - A cross sectional study. J Forensic Dent Sci. 2014 Jan; 6(1):51-7. doi: 10.4103/0975-1475.127772
6. **Kirthiga M, Manju M, Praveen R, Umesh W.** Ethnic Association of Cusp of Carabelli Trait and Shoveling Trait in an Indian Population. J Clin Diagn Res. 2016 Mar; 10(3):ZC78-81. doi: 10.7860/JCDR/2016/17463.7504
7. **Smitha T, Venkatesh D, Veeresh M, Hema KN, Sheethal HS, Vidya MA.** The cusp of Carabelli: Frequency, distribution and type in the Bengaluru population. J Oral Maxillofac Pathol. 2018 Sep-Dec; 22(3):418-422. doi: 10.4103/jomfp.JOMFP_254_18
8. **Townsend GC, Martin NG.** Fitting genetic models to Carabelli trait data in South Australian twins. J Dent Res. 1992 Feb; 71(2):403-9. doi: 10.1177/00220345920710021001

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY CỦA VIÊM XOANG DO NẤM ASPERGILLUS VỚI CÁC LOẠI NẤM KHÁC

Hoàng Đình Âu¹, Hoàng Thị Quyên²

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm so sánh đặc điểm lâm sàng, nội soi và hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) đa dây của viêm xoang do nấm *Aspergillus* với các loại nấm khác. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 21 bệnh nhân (BN) viêm xoang do nấm (VXDN) đã được định danh nấm bằng nuôi cấy hoặc phân tích bệnh phẩm sau mổ từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2023 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các BN này đều được khám lâm sàng, nội soi mũi xoang và chụp CLVT đa dây mũi xoang trước mổ. Các đặc điểm lâm sàng, nội soi và CLVT đa dây của viêm xoang do nấm *Aspergillus* và các loại nấm khác sẽ được mô tả và so sánh. **Kết quả:** Nấm *Aspergillus* được phân lập ở 16/21 bệnh nhân có định danh nấm xoang, chiếm tỷ lệ 76,2%, số còn lại là các loại nấm khác. VXDN xâm nhập mạn tính gặp ở 9/16 BN nhiễm nấm *Aspergillus* (chiếm 56,3%) trong khi gặp ở tất cả các BN nhiễm các loại nấm khác. U nấm xoang chỉ gặp ở BN nhiễm nấm *Aspergillus* và chiếm 43,7%. Tuổi trung bình của BN là 54,4±11,3 trong đó có 16 nữ (chiếm 76,2%). Phần lớn BN có tiền sử khỏe mạnh (13 BN, chiếm 62%) sau đó là có bệnh lý về răng đã điều trị nội nha (chiếm 19%). Các triệu chứng lâm sàng chính như chảy dịch mũi, ngạt mũi và đau nửa mặt hay gặp ở BN nhiễm nấm *Aspergillus* hơn ở

các BN nhiễm nấm khác. Trên nội soi mũi xoang, BN nhiễm nấm *Aspergillus* hay gặp dịch mù sần và khe mũi trong khi BN nhiễm các loại nấm khác hay gặp phù nề niêm mạc mũi. Mủ nhày ở BN nhiễm *Aspergillus* gặp cả ở khe giữa và khe bướm sàng trong khi BN nhiễm các loại nấm khác chỉ gặp ở khe giữa. Về vị trí xoang bị viêm do nấm trên CLVT, BN bị nhiễm các loại nấm khác chỉ gặp ở xoang hàm một bên và một xoang (chiếm 100%) trong khi đó BN nhiễm nấm *Aspergillus* có thể gặp ở hai bên (chiếm 18,7%) và gặp ở xoang bướm (chiếm 18,8%). Về dấu hiệu CLVT, đám mờ chiếm hoàn toàn lòng xoang gặp 100% BN nhiễm các loại nấm khác trong khi đó gặp ở 62,7% BN nhiễm *Aspergillus*. Có 01 BN nhiễm nấm *Aspergillus* biểu hiện bằng đám mờ xoang động nhất, và 01 BN có vôi hóa trong đám mờ dạng hỗn hợp. Số BN nhiễm nấm *Aspergillus* còn lại và toàn bộ số BN nhiễm các loại nấm khác biểu hiện bằng đám mờ xoang không đồng nhất cũng như vôi hóa ở trung tâm đám mờ. **Kết luận:** Mặc dù cỡ mẫu chưa lớn nhưng nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có gần 1/2 số BN viêm xoang do nấm *Aspergillus* là u nấm xoang, trong khi do các loại nấm khác đều là VXDN xâm nhập mạn tính. Tổn thương xoang do nấm *Aspergillus* có thể gặp ở xoang bướm, tạo đám mờ xoang một phần và vôi hóa hỗn hợp trên CLVT trong khi các loại nấm khác tạo đám mờ hoàn toàn xoang, chỉ gặp ở xoang hàm và vôi hóa trung tâm đám mờ.

Từ khóa: Viêm xoang do nấm *Aspergillus*, cắt lớp vi tính mũi xoang, đám mờ xoang

SUMMARY

COMPARISON OF CLINICAL CHARACTERISTICS, ENDOSCOPY AND MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhou@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

IMAGES OF FUNGAL ASPERGILLUS TO OTHER FUNGAL SINUSITIS

Purpose: The aim of this study was to compare the clinical, endoscopic and multi-slice computed tomography (CT) characteristics of sinusitis caused by *Aspergillus* fungus with other types of fungi. **Material and methods:** Descriptive study on 21 fungal sinusitis patients whose fungus was identified by culture or analysis of postoperative specimens from January 2022 to July 2023 at Hanoi Medical University Hospital. These patients underwent clinical examination, sinus endoscopy, and multi-slices CT scan of the sinuses before surgery. The clinical, endoscopic and multi-slice CT characteristics of *Aspergillus* and other fungi sinusitis were analyzed, described and compared. **Results:** *Aspergillus* was isolated in 16/21 patients who were identified as fungal sinusitis, accounting for 76.2%, the remainder were other types of fungi. Chronic invasive fungal sinusitis was found in 9/16 patients (accounting for 56.3%) who infected with *Aspergillus* fungus but found in all patients infected with other types of fungi. Sinus mycetoma was only found in patients infected with *Aspergillus* fungus, accounting for 43.7%. The average age of patients was 54.4 ± 11.3 , of which 16 were female (accounting for 76.2%). The majority of patients had a healthy history (13 patients, accounting for 62%) followed by dental diseases that had undergone endodontic treatment (accounting for 19%). Main clinical symptoms such as nasal discharge, stuffy nose and migraine were more common in patients with *Aspergillus* fungal than in patients with other fungal. On sinus endoscopy, patients infected with *Aspergillus* fungus often experience pus on the floor and nasal recesses, while patients infected with other types of fungi often experience edema of the nasal mucosa. Mucous pus in patients infected with *Aspergillus* was found in both the middle and sphenoidal recesses, while in patients infected with other fungi, it was only found in the middle recess. Regarding the location of the infected sinuses on CT scan, other types of fungi was only found in the maxillary sinus on one side and one sinus (accounting for 100%), while *Aspergillus* fungal infection was found on both sides (accounting for 18.7%) and in sphenoid sinus (accounting for 18.8%). Regarding CT signs, opacities completely occupying the sinus cavity were seen in 100% of patients infected with other types of fungi while only seen in 62.7% of patients infected with *Aspergillus*. There was 01 patient with *Aspergillus* manifested by homogeneous sinus opacities, and 01 patient had mixed calcifications. The remaining patients were infected with *Aspergillus* and other fungi, manifested by heterogeneous sinus opacities as well as central calcification. **Conclusion:** Although the sample size was not big, our study showed that nearly half of patients with *Aspergillus* sinusitis had sinus mycosis, while other types of fungi were all chronic invasive fungal sinusitis. Sinus lesions of *Aspergillus* was found in the sphenoid sinus, created partial sinus opacities and mixed calcifications, while other fungi created complete sinus opacities, only seen in the maxillary sinuses and central

calcifications. **Keywords:** Sinus mycetoma, computed tomography of sinus, heterogeneous sinus opacity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh do nấm *Aspergillus* vùng đầu cổ chủ yếu gặp ở khoang mũi và các xoang cạnh mũi. Tuy nhiên, viêm xoang do nấm *Aspergillus* vẫn chưa được thống nhất rõ ràng về mặt phân loại, đặc điểm và cách quản lý^{1,2}. Do thiếu enzym tiêu sùng, *Aspergillus* là loại nấm không thể chủ động xâm nhập qua niêm mạc lành, chưa bị tổn thương. Bất kỳ thể viêm xoang do nấm *Aspergillus* nào cũng có thể tiến triển nặng hơn, cho nên cần thiết phải được chẩn đoán sớm³. Việc định danh nấm *Aspergillus* phải dựa vào phân tích mô bệnh học của bệnh phẩm sau mổ và nuôi cấy mô dương tính với nấm.

Viêm xoang do nấm *Aspergillus* có thể lây lan nội sọ do vị trí các xoang bị viêm gần với khoang sọ. Tổn thương hốc mắt có thể xảy ra do sự lây lan theo đường kể cận khi viêm các xoang cạnh mũi, do sự giãn nở hoặc ăn mòn xương, hoặc do sự xâm lấn của mô nấm. Đây là các biến chứng rất nguy hiểm, thường gây tử vong nếu không điều trị kịp thời^{4,5}.

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là phương thức chẩn đoán không xâm lấn rất tốt đối với VXDN do có độ phân giải xương và mô mềm cao cũng như loại bỏ sự chồng chéo của các cấu trúc giải phẫu. Các thông tin do CLVT đem lại có tính khách quan, có giá trị để thiết lập tiêu chuẩn chẩn đoán, phân biệt, đánh giá tình trạng bệnh và bilan trước phẫu thuật^{6,7}.

Tuy nhiên, có ít nghiên cứu ở Việt nam về viêm xoang do nấm *Aspergillus*. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm so sánh các đặc điểm lâm sàng, nội soi mũi xoang và cắt lớp vi tính của viêm xoang do nấm *Aspergillus* với các loại nấm khác trên các bệnh nhân đã được định danh nấm từ bệnh phẩm sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 07 năm 2023 trên 70 bệnh nhân, trong đó có 60 bệnh nhân viêm xoang do nấm được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm sau phẫu thuật.

Các bệnh nhân đã được xét nghiệm định danh nấm bằng nuôi cấy hoặc phân tích bệnh phẩm sau phẫu thuật đồng thời phải có đầy đủ các thông tin lâm sàng, nội soi tai mũi họng, phim chụp CLVT mũi xoang mới được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.
 - **Quy trình nghiên cứu:** Bệnh nhân đến khám được chẩn đoán lâm sàng viêm mũi xoang mạn tính theo tiêu chuẩn Epos 2012, được nội soi mũi họng và phân độ theo tiêu chuẩn Lund-Kenedy sửa đổi. Sau đó bệnh nhân được chụp CLVT đa dãy hệ thống xoang không tiêm cản quang trên máy cắt lớp vi tính 16 dãy (Philips Healthcare) hoặc 128 dãy (General Electric) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội theo quy trình:

- + Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa.
- + Độ dày lát cắt từ 0.625-1.0 mm. FOV: 140-160mm, từ khẩu cái cứng lên đến hết mái xoang trán, có thể mở rộng trong một số trường hợp để xác định sự lan rộng của bệnh.

+Tái tạo cửa sổ xương (≥ 4000 HU), cửa sổ mô mềm (150-400 HU) và tái tạo đa mặt phẳng (coronal và sagital).

Hình ảnh CLVT đa dãy mũi xoang sẽ được gửi lên hệ thống PACS (Minerva).

Các dấu hiệu tổn thương trên CLVT được ghi nhận và so sánh giữa nhóm nhiễm nấm Aspergillus với nhóm nhiễm các loại nấm khác về vị trí xoang tổn thương, đặc điểm tổn thương xoang như đám mờ xoang, vôi hóa trong đám mờ.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê và mô tả các đặc điểm lâm sàng, nội soi và hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy của nhóm VX do nấm Aspergillus và do các loại nấm khác. So sánh các dấu hiệu hay gặp này giữa hai nhóm nhằm tìm ra các dấu hiệu gợi ý cho các bác sỹ lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh về VX do Aspergillus. Tiêu chuẩn định danh nấm bằng nuôi cấy hoặc phân tích bệnh phẩm sau mổ là tiêu chuẩn vàng.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu của học viên sau đại học, đã được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại Học Y Hà Nội, được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và sự chấp thuận tự nguyện của đối tượng nghiên cứu. Đề tài được thực hiện đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Toàn bộ số liệu thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Có 21 bệnh nhân được định danh nấm bằng nuôi cấy hoặc phân tích bệnh phẩm sau mổ, trong đó có 16 bệnh nhân nhiễm Aspergillus và 5 bệnh nhân nhiễm các loại nấm khác.

Nhóm tuổi 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,1%). Tuổi thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 72, tuổi trung bình là 54,4 \pm 11,3. Có 16 bệnh nhân nữ, chiếm tỉ lệ 76,2%.

3.2. So sánh đặc điểm lâm sàng của VX do nấm Aspergillus với do các loại nấm khác

Bảng 1: So sánh đặc điểm lâm sàng của VX do nấm Aspergillus với do các loại nấm khác

Đặc điểm lâm sàng (n=21)	Nhiễm Aspergillus, n (%)	Nhiễm nấm khác, n (%)
Chảy dịch mũi	15 (93,8)	4 (80)
Ngạt mũi	15 (93,8)	3 (60)
Đau nửa mặt	13 (81,3)	3 (60)

Nhận xét: Dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất ở nhóm đối tượng nghiên cứu là chảy mũi và ngạt mũi (đều chiếm 93,8%), tiếp đến là triệu chứng đau nửa mặt (chiếm 81,3%). Các triệu chứng này đều hay gặp hơn so với nhóm VX do các loại nấm khác.

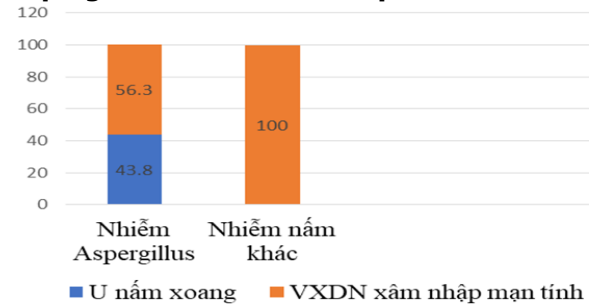
3.3. So sánh đặc điểm lâm sàng của VX do nấm Aspergillus với do các loại nấm khác:

Bảng 2: So sánh đặc điểm nội soi của VX do nấm Aspergillus với do các loại nấm khác:

Đặc điểm nội soi (n=21)	Nhiễm nấm Aspergillus N (%)	Nhiễm nấm khác N (%)
Dịch mủ sàn và khe mũi	15 (93,8)	4 (80)
Niêm mạc phù nề	14 (87,5)	5 (100)

Nhận xét: Dấu hiệu thường gặp nhất trên nội soi ở nhóm đối tượng nghiên cứu là dịch mủ sàn và khe mũi (hay gặp hơn ở nhiễm nấm Aspergillus), tiếp đến là phù nề niêm mạc mũi (hay gặp hơn ở nhóm nhiễm các nấm khác).

3.4. So sánh về thể VX do nấm Aspergillus với VX do các loại nấm khác



Biểu đồ 1: Phân bố thể viêm xoang do nấm Aspergillus với VX do các nấm khác

Nhận xét: VXDN xâm nhập mạn tính gặp ở 9/16 BN nhiễm nấm Aspergillus (chiếm 56,3%) trong khi gặp ở tất cả các BN nhiễm các loại nấm khác. U nấm xoang chỉ gặp ở BN nhiễm nấm Aspergillus và chiếm 43,7%.

3.5. So sánh về vị trí VX do nấm Aspergillus với VX do các loại nấm khác. Về vị trí xoang bị viêm, Có 2 BN viêm xoang do nấm

Aspergillus gặp ở 2 bên chiếm 18,8% trong khi đó VX do các loại nấm khác chỉ gặp ở một bên (100%).

Về xoang bị viêm, có 2 BN viêm xoang do nấm Aspergillus gặp ở xoang bướm 1 bên chiếm 12,5% và 01 BN viêm cả xoang hàm và xoang bướm 1 bên, chiếm 6,3%. Trong khi đó VX do các loại nấm khác chỉ gặp ở xoang hàm (100%).

3.6. So sánh hình ảnh CLVT VX do nấm Aspergillus với VX do các loại nấm khác

Bảng 3: Đặc điểm đám mờ xoang VX do nấm Aspergillus với VX do các loại nấm khác

Đặc điểm đám mờ	Aspergillus, N(%)	Nấm khác, N(%)
Mờ một phần	6(37,5)	0(0)
Mờ hoàn toàn không gây hiệu ứng khối	5(31,3)	1(20)
Mờ hoàn toàn có gây hiệu ứng khối	5(31,3)	4(80)
Tổng	16	5

Nhận xét: Nhiễm các loại nấm khác đều gây đám mờ xoang hoàn toàn (chiếm 100%) trong khi đó chỉ có 62,6% nhiễm Aspergillus gây đám mờ xoang hoàn toàn.

Bảng 4: Đặc điểm vôi hóa đám mờ nhóm nhiễm nấm Aspergillus và nhiễm các nấm khác

Vị trí vôi hoá	Aspergillus, N(%)	Nấm khác, N(%)
Trung tâm	15 (93,8)	5 (100)
Hỗn hợp	1 (6,3)	0 (0)
Tổng	16 (100)	5 (100)

Nhận xét: VX do các loại nấm khác đều có vôi hóa trung tâm (chiếm 100%) trong khi đó có 6,4% VX do Aspergillus có vôi hóa hỗn hợp.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung, Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,1%). Tuổi thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 72, tuổi trung bình là $54,4 \pm 11,3$. Như vậy, tuổi của các bệnh nhân có kết quả định danh nấm cũng tương tự các bệnh nhân VXDN nói chung và cũng phù hợp với các nghiên cứu khác⁸.

Trong 21 bệnh nhân có kết quả định danh nấm xoang có 16 nữ, chiếm tỷ lệ 76,2%. Sự khác biệt nam/nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, tương tự nhóm VXDN nói chung. Có sự khác biệt này có thể do tác động gián tiếp của nội tiết tố lên niêm mạc mũi xoang trong quá trình hình thành nấm, đặc biệt thường gặp ở phụ nữ trung niên⁹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân VX do Aspergillus chiếm cao nhất là 76,2%,

VX do nhiễm các nấm khác chiếm tỷ lệ 23,8%. Điều này cũng phù hợp với y văn thế giới³ cho thấy nấm Aspergillus loại loại hay gây viêm xoang nhất. Do thiếu enzym tiêu sừng, Aspergillus là loại nấm không thể chủ động xâm nhập qua niêm mạc lành, chưa bị tổn thương. Mặc dù vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có tiền sử khỏe mạnh (chiếm 62%), số còn lại có bệnh lý răng miệng đã điều trị nội nha, không có bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu cho thấy bệnh cũng xuất hiện cả ở bệnh nhân có hệ miễn dịch bình thường¹⁰.

Về các đặc điểm lâm sàng, triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là chảy mũi, ngạt mũi và đau nửa mặt nhưng chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm VX do Aspergillus (chiếm tỷ lệ lần lượt là 93,8%, 98,3% và 81,3%) so với nhóm VX do các loại nấm khác (chiếm tỷ lệ lần lượt 80%, 60% và 60%). Nhiều y văn trên thế giới cho thấy biểu hiện lâm sàng của VX do Aspergillus thường không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh khác, thậm chí có tỷ lệ 10-20% không có biểu hiện lâm sàng⁹.

Về các đặc điểm nội soi, mặc dù nội soi là phương tiện chẩn đoán quan trọng các bệnh lý viêm mũi xoang do nấm, tuy nhiên các dấu hiệu nội soi của bệnh nhân VX do Aspergillus cũng không đặc hiệu, dễ chẩn đoán nhầm với polype hoặc VX do các loại nấm khác. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng, dịch mũi sàn và khe mũi hay gặp hơn ở VX do Aspergillus so với do các loại nấm khác (93,8% vs 80%) trong khi đó phù nề niêm mạc mũi hay gặp ở VD do các loại nấm khác hơn là VX do Aspergillus (100% vs 87,5%).

Về đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính, trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí VX do Aspergillus gặp ở cả xoang hàm và xoang bướm với tỷ lệ 18,8% gặp ở hai bên trong khi đó VX do các loại nấm khác chỉ gặp ở xoang hàm và chỉ ở một bên (100%). Điều này có giá trị gợi ý hết sức quan trọng vì khi tổn thương viêm xoang hai bên có kèm hoặc không tổn thương viêm xoang bướm cần hướng chẩn đoán đến VX do Aspergillus.

Trên CLVT, tất cả các bệnh nhân VX do các loại nấm khác có hình ảnh đám mờ chiếm toàn bộ lòng xoang (100%) trong khi đó dấu hiệu này chỉ thấy ở 62,6% bệnh nhân VX do Aspergillus¹². Tương tự như vậy, dấu hiệu Vôi hóa trung tâm đám mờ cũng gặp ở 100% các bệnh nhân VX do các loại nấm khác trong khi đó VX do Aspergillus gặp tỷ lệ vôi hóa hỗn hợp chiếm khoảng 6,3%. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước¹⁰.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho thấy VX do Aspergillus có các triệu chứng lâm sàng, dịch mũi ở sàn và khe mũi thường gặp hơn VX do các loại nấm khác. Về các dấu hiệu CLVT, tổn thương VX do Aspergillus có thể gặp ở hai bên, gặp ở xoang bướm, đám mờ xoang có thể một phần và vôi hóa đám mờ xoang có thể ở dạng hỗn hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agarwal S, Kanga A, Sharma V et al.** Invasive aspergillosis involving multiple paranasal sinuses-a case report. Indian J Med Microbiol 2005; 23 (3): 195-197
2. **Safirstein BH.** Allergic bronchopulmonary aspergillosis with obstruction of the upper respiratory tract. Chest 1976; 70: 788-790.
3. **Jones JR.** Paranasal aspergillosis, a spectrum of disease. J Laryn Otol 1993; 108: 773-4.
4. **Mauriello JA, Yopez N, Mostafavi R, Barofsky J, Kapila R, Baredes S et al.** Invasive rhinosino-orbital aspergillosis with preeipituous visual loss. Ophthalmol 2005;30: 124-130.
5. **Adler SC, Isaacson G et al.** Invasive aspergillosis. J Oto Laryngol 1997; 18: 230-234.
6. **Chen JC, Ho CY.** The significance of computed tomographic findings in the diagnosis of fungus ball in the paranasal sinuses. Am J Rhinol Allergy. 2012 Mar-Apr;26(2):117-9.
7. **Ho CF, Lee TJ, Wu PW, Huang CC, Chang PH, Huang YL, et al.** Diagnosis of a maxillary sinus fungus ball without intralesional hyperdensity on computed tomography. Laryngoscope. 2019 May;129(5): 1041-5.
8. **Dhong HJ, Jung JY, Park JH.** Diagnostic accuracy in sinus fungus balls: CT scan and operative findings. Am J Rhinol. 2000 Jul-Aug;14(4): 227-31.
9. **Lê Đức Đông.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Của Viêm Mũi Xoang Do Nấm. luận văn CK cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2019.
10. **Khan AR, Ali F, Imran N, Khan NS, Din S.** Invasive sino-orbital aspergillosis in immunocompetent host. J Med Sci 2009; 17(2):87-91.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG VIÊM TỦY CẮT NGANG HẬU NHIỄM HIỂM GẶP VÀ ĐỐI CHIẾU Y VĂN

Trần Thanh Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Viêm tủy cắt ngang cấp là một tổn thương tủy do viêm, khu trú, mắc phải, hiếm gặp. Bệnh thường có biểu hiện lâm sàng là tình trạng yếu liệt cơ kèm khiếm khuyết cảm giác diễn tiến nhanh và rối loạn chức năng cơ vòng. Bệnh thường xảy ra đơn độc, thường là do hậu nhiễm. Tuy nhiên, đây cũng có thể là một biểu hiện của các rối loạn thần kinh do viêm khác như: bệnh xơ cứng rải rác, rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh, bệnh viêm hệ thống... Hiệu quả của điều trị phụ thuộc vào việc chẩn đoán chính xác và nhanh chóng tình trạng viêm tủy cắt ngang và phân biệt giữa viêm tủy cắt ngang vô căn với viêm tủy cắt ngang thứ phát do một nguyên nhân xác định khác. Cận lâm sàng quan trọng giúp chẩn đoán bao gồm chụp MRI tủy sống và chọc dò dịch não tủy. Tuy nhiên kết quả chụp MRI tủy sống và chọc dò dịch não tủy có thể bình thường, nhất là trong giai đoạn sớm và để chẩn đoán xác định có thể phải tiến hành chụp MRI tủy sống và chọc dò dịch não tủy kiểm tra lại sau đó. Chúng tôi trình bày một trường hợp lâm sàng viêm tủy cắt ngang hậu nhiễm với MRI tủy sống và dịch não tủy

bình thường ở ngày nhập viện. Tuy nhiên, MRI tủy sống sau đó cho thấy hình ảnh bất thường phù hợp với viêm tủy cắt ngang cấp tính. Bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị thuốc kháng viêm corticoid liều cao và hồi phục gần như bình thường sau đó.

Từ khóa: viêm tủy cắt ngang hậu nhiễm, MRI tủy sống, xét nghiệm dịch não tủy.

SUMMARY

A RARE CASE OF POSTINFECTIOUS TRANSVERSE MYELITIS AND LITERATURE REVIEW

Acute transverse myelitis is an uncommon inflammatory condition that affects a specific area of the spinal cord. It is typically acquired and localized, causing symptoms such as progressive muscle weakness, sensory impairment, and dysfunction of the sphincter muscles. While it often occurs as an isolated condition following an infection, it can also manifest as part of other inflammatory neurological disorders like multiple sclerosis, neuromyelitis optica spectrum disorder, or systemic inflammatory diseases. The effectiveness of treatment for transverse myelitis relies on an accurate and timely diagnosis, as well as distinguishing between idiopathic transverse myelitis and secondary transverse myelitis caused by another underlying condition. Key diagnostic tests include magnetic resonance imaging (MRI) of the spinal cord and a lumbar puncture. However, it is important to note that normal results on these tests, especially in the early stages of the disease, do not exclude the diagnosis. In some cases, repeating the spinal cord

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân 115, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hùng

Email: tranthanhhungmd@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024