

ghi nhận AHI TB lần lượt là 29.9 ± 17.96 và 28.1 ± 1.3 [6],[8]. Có thể giải thích rằng do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm OSA trung bình và nặng.

Độ bão hoà oxy máu (SpO₂) là một thông số rất quan trọng trong đánh giá mức độ nặng của OSA. SpO₂ TB trong nghiên cứu của chúng tôi là 90.0 ± 6.2 , trong đó SpO₂ TB và SpO₂ thấp nhất của nhóm OSA thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm OSA mức độ trung bình. Như vậy, OSA càng nặng thì mức độ ảnh hưởng đến độ bão hoà oxy máu nền và độ bão hoà oxy máu thấp nhất càng tăng.

Nhịp tim trong khi ngủ: nhịp tim TB của đối tượng nghiên cứu là 70.8 ± 10.23 . từ bảng kết quả cho thấy nhịp tim trung bình và nhịp tim cao nhất của nhóm OSA nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm OSA. Điều này có thể lý giải là do khi cơn ngừng thở, giảm thở xảy ra, oxy trong máu có xu hướng giảm thấp nên cơ thể BN thường có phản ứng bằng cách tăng nhịp tim để làm tăng oxy cung cấp cho cơ thể vì thế nên mức độ OSA càng nặng thì nhịp tim càng có xu hướng tăng.

V. KẾT LUẬN

OSA là rối loạn hô hấp thường gặp nhất trong khi ngủ. Bệnh cần được chẩn đoán và điều trị sớm để tránh những hậu quả nặng nề do bệnh gây ra. Cần nghĩ đến OSA ở những người ngủ ngáy, cơn ngừng thở, buồn ngủ ban ngày,

béo phì, cổ to và ngắn. BN cần được đo đa ký, xác định chỉ số AHI để đánh giá mức độ nặng từ đó điều trị kịp thời cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Guilleminault C., Tilkian A., và Dement W.C.** (1976). The sleep apnea syndromes. *Annu Rev Med*, 27, 465–484.
2. **Phạm Văn Lưu** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả đo đa ký giấc ngủ của bệnh nhân ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ., Hà Nội.
3. **Đinh Thị Thanh Hồng** (2014), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả đo đa ký hô hấp của bệnh nhân có hội chứng ngừng thở khi ngủ tại Trung tâm Hô hấp BV Bạch Mai, luận văn tốt nghiệp BSNT, Hà Nội.
4. **Chu Văn Vinh** (2019), Hiệu quả của phương pháp thở áp lực dương liên tục trong điều trị hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn, Hà Nội.
5. **Lavie P., Herer P., và Hoffstein V.** (2000). Obstructive sleep apnoea syndrome as a risk factor for hypertension: population study. *BMJ*, 320(7233), 479–482.
6. **Nguyễn Thanh Bình** (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng đa ký giấc ngủ và hiệu quả của thở áp lực dương liên tục trong điều trị hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, Đại học Y Hà Nội.
7. **Young T., Skatrud J., và Peppard P.E.** (2004). Risk factors for obstructive sleep apnea in adults. *JAMA*, 291(16), 2013–2016.
8. **Ip M.S.M., Lam B., Tang L.C.H. và cộng sự.** (2004). A community study of sleep-disordered breathing in middle-aged Chinese women in Hong Kong: prevalence and gender differences. *Chest*, 125(1), 127–134.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY U NẤM XOANG

Hoàng Đình Âu¹, Hoàng Thị Quyên²

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi và hình ảnh cắt lớp vi tính đa dây u nấm xoang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 70 bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính 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 nội soi và chụp CLVT đa dây mũi xoang, sau đó được phẫu thuật

nội soi xoang và chẩn đoán xác định VXDN bằng xét nghiệm nấm sau mổ. Các thể bệnh của VXDN được phân loại dựa vào kết quả soi tươi, nuôi cấy hoặc giải phẫu bệnh sau mổ. Thể u nấm xoang sẽ được mô tả các đặc điểm lâm sàng, nội soi mũi xoang và cắt lớp vi tính. **Kết quả:** U nấm xoang được chẩn đoán trên 46/70 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 66%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân u nấm xoang là $51 \pm 12,7$, thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 78 tuổi. Có 37 nữ (chiếm 80,4%) và 9 nam (chiếm 19,6%). Phần lớn bệnh nhân có tiền sử khỏe mạnh (chiếm 45,7%) sau đó là có bệnh lý về răng đã điều trị nội nha (chiếm 32,6%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là chảy mũi (91,3%), ngạt mũi (73,9%) và đau nửa mặt (65,2%). Triệu chứng thực thể trên nội soi chủ yếu là dịch mũi sần - khe mũi (chiếm 89,1%) và phù nề niêm mạc (chiếm 69,6%). Các hình ảnh CLVT hay gặp nhất của u nấm xoang là đám mờ trong lòng xoang (chiếm 100%), dày xương thành xoang (chiếm 95,7%) và với

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

hóa trong đám mờ xoang (87%). Vị trí các xoang bị tổn thương chủ yếu một bên (chiếm 95,7%) và một xoang (chiếm 91,3%) trong đó xoang hàm một bên là hay gặp nhất (chiếm 80,4%). Đám mờ chủ yếu chiếm toàn bộ lòng xoang (chiếm 76%) và có đậm độ không đồng nhất (chiếm 97,8%). Vô hóa trong đám mờ chủ yếu ở trung tâm (chiếm 80%) và hình thái vô chủ yếu dạng nốt, đường (chiếm 70%). **Kết luận:** U nấm xoang thường gặp ở nữ giới, tuổi trung niên, tiến triển thầm lặng, tạo đám mờ chiếm toàn bộ lòng xoang, thường ở xoang hàm, một bên, đậm độ không đều kèm dày xương thành xoang và vô hóa trung tâm đám mờ. **Từ khóa:** U nấm xoang, cắt lớp vi tính mũi xoang, vô hóa trung tâm đám mờ, đám mờ hoàn toàn xoang không đồng nhất.

SUMMARY

CLINICAL, ENDOSCOPIC AND MULTI-SLICES CT CHARACTERISTICS OF SINUS MYCETOMA

Purposes: The aim of this study was to describe the clinical, endoscopic and multi-slice computed tomography characteristics of sinus mycetoma. **Material and methods:** Descriptive study on 70 patients with chronic rhinosinusitis examined at Hanoi Medical University Hospital during the period from January 2022 to July 2023. These patients were all had endoscopy and multi-slice CT scan of the sinuses, then had endoscopic sinus surgery and confirmed diagnosis of fungal sinusitis by post-operative fungal testing. Fungal sinusitis was classified based on the results of fresh fungal microscopic examination, fungal culture or post-operative pathology analysis. **Results:** Sinus mycetoma was diagnosed in 46/70 patients, accounting for 66%. The average age of sinus mycetoma patients was 51±12.7, the lowest was 30 y.o, the highest was 78 y.o. There were 37 females (accounting for 80.4%) and 9 males (accounting for 19.6%). The majority of patients had a healthy history (accounting for 45.7%) followed by dental diseases that underwent an endodontic treatment (accounting for 32.6%). The most common clinical symptoms were runny nose (accounting for 91.3%), stuffy nose (accounting for 73.9%), and unilateral facial pain (accounting for 65.2%). Physical symptoms on endoscopy were mainly purulent fluid on the floor or nasal recesses (accounting for 89.1%), and mucosal edema (accounting for 69.6%). The most common CT images of sinus mycetoma was the opacity in the sinus lumen (accounting for 100%), thickening of the sinus wall bone (accounting for 95.7%), and calcifications in the sinus opacity (accounting for 87%). The location of the sinuses lesion was mainly unilateral (accounting for 95.7%) and one sinus (accounting for 91.3%), of which the unilateral maxillary sinus was the most common (accounting for 80.4%). The opacity mainly occupied the entire sinus cavity (accounting for 76%) and had heterogeneous density (accounting for 97.8%). Calcification in the central opacity accounted for 80% and the calcification morphology was mainly nodular and line (accounting for 70%). **Conclusion:** Sinus mycetoma was commonly occurred in women, middle-aged, progressed silently, creating opacities

that occupied the entire sinus cavity, often unilateral maxillary sinus with heterogenous density, thickening of the sinus wall bone and central calcification in the opacity. **Keywords:** Sinus mycetoma, naso-sinusial computed tomography, central calcification of sinus opacity, complete heterogeneous sinus opacity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nấm xoang là dạng viêm xoang do nấm phổ biến nhất thường xảy ra ở người lớn có hệ miễn dịch bình thường^{1,2}. Vị trí thường gặp nhất là xoang hàm đơn độc³. Mặc dù cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ ràng, nhưng các nghiên cứu trước đây cho thấy vai trò của tuổi và giới vì u nấm xoang chiếm ưu thế ở phụ nữ và những người lớn tuổi^{3,4}. Bệnh thường có biểu hiện nghẹt mũi, đau mặt, chảy nước mũi sau và chảy mủ mũi. Tuy nhiên, bệnh có thể không có triệu chứng^{1,2}. U nấm xoang có thể dẫn đến tắc nghẽn các lỗ tự nhiên và có thể gây viêm mũi xoang mạn tính thứ phát làm cho việc phân biệt viêm mũi xoang mạn tính với u nấm xoang trở nên rất khó khăn, đặc biệt nếu tổn thương ở một bên và không có polyp. Điều quan trọng là phải lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu vì điều trị ban đầu cho viêm mũi xoang mạn tính là nội khoa, trong khi đối với bệnh u nấm xoang, can thiệp phẫu thuật sẽ được ưu tiên hơn³.

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là phương thức chẩn đoán không xâm lấn rất tốt đối với những người nghi ngờ bị viêm mũi xoang mạn tính nấm do có độ phân giải xương và mô mềm vượt trội cũng như loại bỏ sự chồng chéo của các cấu trúc giải phẫu⁵. 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 thuật⁶.

Các nghiên cứu trước đây cho thấy các đặc điểm CLVT của u nấm xoang đã được chứng minh bao gồm đám mờ xoang tăng đậm độ (do có sự hiện diện của vô hóa), đám mờ hoàn toàn trong xoang có kèm theo hoặc không giãn nở thể tích xoang và không có mức hơi dịch⁷. Trong số đó, sự hiện diện của tăng đậm độ trong tổn thương được biết đến là một dấu hiệu CLVT có tính dự đoán cao đối với u nấm xoang⁸. Tiêu chuẩn chẩn đoán u nấm xoang dựa trên kết quả CLVT đã được xác định rõ ràng bởi deShazo và cộng sự⁹.

Tuy nhiên, các nghiên cứu tại Việt nam về u nấm xoang còn ít. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, nội soi mũi xoang và cắt lớp vi tính của u nấm xoang trên các bệnh nhân đã được phẫu thuật nội soi mũi xoang và chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm nấm sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành 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. Trong số bệnh nhân VXDN, u nấm xoang được phát hiện ở 46 bệnh nhân, số còn lại là viêm xoang do nấm xâm nhập mạn tính, các thể VXDN khác không gặp.

Bệnh nhân được lựa chọn phải có đầy đủ các thông tin lâm sàng, nội soi tai mũi họng, phim chụp CLVT mũi xoang, kết quả phẫu thuật và các xét nghiệm về nấm sau phẫu thuật.

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- Kennedy 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 như sau:

+ 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 má 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 bao gồm vôi hóa trung tâm đám mờ và đám mờ hoàn toàn xoang không đồng nhất. Bệnh nhân được phẫu thuật và có ít nhất một trong các xét nghiệm khẳng định sự có mặt của nấm như soi tươi, nuôi cấy hoặc giải phẫu bệnh sau mổ. Toàn bộ dữ liệu sẽ được lưu trong bệnh án nghiên cứu.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, giá trị chẩn đoán của từng dấu hiệu CLVT và sự kết hợp giữa dấu hiệu vôi hóa trung tâm đám mờ và đám mờ hoàn toàn xoang không đồng nhất được tính toán dựa trên tiêu chuẩn vàng là xét nghiệm nấm sau mổ.

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. Tuổi trung bình là $51 \pm 12,7$. Đa số các bệnh nhân tập trung ở độ tuổi từ 40-69, chiếm tỉ lệ 73,9%, trong đó nhiều nhất là nhóm có độ tuổi 50-59, chiếm tỉ lệ 28,3%, thấp nhất là nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi, chiếm tỉ lệ 6,5%. Độ tuổi thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 78,

Có 9 bệnh nhân nam và 37 bệnh nhân nữ, chiếm tỉ lệ lần lượt là 19,6% và 80,4%. Tỉ lệ nam/ nữ trong nghiên cứu này khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của u nấm xoang

Bảng 1: Các dấu hiệu lâm sàng của nhóm bệnh nhân u nấm xoang (n=46).

Đặc điểm lâm sàng	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Chảy mũi	42	91,3
Ngạt mũi	34	73,9
Đau nửa mặt	30	65,2
Đau đầu	12	26,1
Ngủ kém	2	4,3
Ngửi thấy mùi hôi	1	2,2

Nhận xét: Dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là chảy mũi (91,3%) và ngạt mũi (73,9%), tiếp đến là triệu chứng đau nửa mặt (65,2%). Hai triệu chứng ngủ kém hoặc ngửi thấy mùi hôi chiếm tỷ lệ thấp, dưới 5%.

3.3. Đặc điểm nội soi của u nấm xoang

Bảng 2: Các dấu hiệu nội soi của u nấm xoang (n=46)

Dấu hiệu trên nội soi	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Dịch mù sần và khe mũi	41	89,1
Niêm mạc phù nề	32	69,6
Dịch vòm/thành sau họng	15	32,6
Tổ chức nghi nấm	5	10,9
Vẹo/gai vách ngăn mũi	3	6,5
Polyp hốc mũi	12	26,1
Bình thường	4	8,7

Nhận xét: Hình ảnh nội soi thường gặp nhất ở các bệnh nhân u nấm xoang trong nghiên cứu là dịch mù ở sần và khe mũi, chiếm tỷ lệ 89,1%, niêm mạc hốc mũi phù nề (69,6%). Hình ảnh tổ chức nghi nấm chỉ xuất hiện ở 5/46 bệnh nhân (10,9%). Có 4/46 bệnh nhân (8,7%) bệnh nhân có hình ảnh nội soi bình thường.

3.4. Đặc điểm hình ảnh CLVT của u nấm xoang. Về vị trí u nấm xoang, có 37 bệnh nhân

(chiếm 80.4%) bị viêm xoang hàm một bên, 5 bệnh nhân (chiếm 10,9%) viêm xoang bướm 1 bên, 2 bệnh nhân (chiếm 4,3%) viêm xoang hàm hai bên và 2 bệnh nhân (chiếm 4,3%) viêm đồng thời xoang hàm và xoang bướm một bên.

Bảng 3: Tỷ lệ các đặc điểm hình ảnh CLVT của u nấm xoang

Đặc điểm hình ảnh CLVT	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Đám mờ trong lòng xoang	46	100%
Dày xương thành xoang	44	95,7%
Vôi hoá trong đám mờ	40	87%
Tiểu xương thành xoang	3	6,5
Dày niêm mạc xoang	4	8,7%

Nhận xét: Các hình ảnh CLVT thường gặp nhất ở bệnh nhân u nấm xoang là đám mờ trong lòng xoang (100%), dày xương thành xoang (95,7%), vôi hoá trong đám mờ (87%).

Bảng 4: Đặc điểm đám mờ xoang trong u nấm xoang

Đặc điểm đám mờ xoang	n	%
Mờ một phần	11	23,9
Mờ hoàn toàn không gây hiệu ứng khối	10	21,7
Mờ hoàn toàn có gây hiệu ứng khối	25	54,3
Tổng	46	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân u nấm xoang, hình ảnh hay gặp nhất đám mờ chiếm hoàn toàn trong lòng xoang và gây hiệu ứng khối chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,3%, đám mờ chiếm một phần thể tích, nhô vào lòng xoang chỉ gặp ở 11/46 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 23,9%.

Bảng 5: Vị trí vôi hóa của đám mờ xoang trong u nấm xoang

Vị trí vôi hoá	n	%
Trung tâm	32	80
Ngoại vi	6	15
Hỗn hợp	2	5

Nhận xét: Vị trí vôi hoá thường gặp nhất là ở trung tâm của đám mờ, chiếm tỷ lệ 80%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung, trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân u nấm xoang có độ tuổi từ 40-69, chiếm tỉ lệ 73,9%. Độ tuổi thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 78, tuổi trung bình là 51±12,7. Như vậy tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi trong độ tuổi trung niên, đối với phụ nữ thì thường đã mãn kinh.

Trong 46 bệnh nhân chẩn đoán xác định u nấm xoang có 37 nữ, chiếm tỷ lệ 80,4%. Sự khác biệt nam/nữ có ý nghĩa thống kê với p<0,01. 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 niên. Điều này cũng giải thích tại sao trên thế giới hiếm khi gặp trường hợp nấm xoang ở trẻ em trước tuổi dậy thì¹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân u nấm xoang chiếm cao nhất là 76,7%, viêm xoang do nấm xâm nhập mạn tính chiếm tỷ lệ 23,3%. Điều này cũng phù hợp với y văn thế giới^{1,2}, u nấm xoang thường xuất hiện trên những bệnh nhân có cơ địa miễn dịch bình thường, ở thể viêm xoang do nấm xâm nhập mạn tính, bệnh nhân thường chỉ bị suy giảm miễn dịch ở mức độ vừa và bệnh cũng được báo cáo xuất hiện cả ở bệnh nhân có hệ miễn dịch bình thường.

Về các đặc điểm lâm sàng, triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của u nấm xoang là chảy mũi, ngạt mũi và đau nửa mặt chiếm tỷ lệ lần lượt là 91,3%, 73,9% và 65,2%. Nhiều y văn trên thế giới cho thấy biểu hiện lâm sàng u nấm xoang thường không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh khác có triệu chứng tương tự, thậm chí có tỷ lệ 10-20% không có biểu hiện lâm sàng nên bệnh nhân có thể đi khám ở nhiều chuyên khoa khác như thần kinh hoặc răng hàm mặt..., chỉ khi điều trị không thuyên giảm hoặc nặng lên, hoặc các triệu chứng rõ rệt mới đi khám ở chuyên khoa tai mũi họng và phát hiện u nấm xoang².

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 u nấm xoang không đặc hiệu, dễ chẩn đoán nhầm với polype hoặc viêm mũi xoang mạn tính do các nguyên nhân khác. Mặt khác, hình ảnh nội soi chỉ giúp gợi ý nguyên nhân viêm xoang do nấm, chứ không phân định được u nấm xoang. Hơn nữa, có một số bệnh nhân u nấm xoang có hình ảnh nội soi bình thường (như trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân). Các dấu hiệu nội soi hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là dịch mủ sàn-khe mũi (chiếm 89,1%) và niêm mạc phù nề (chiếm 69,6%).

Về đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính, trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí u nấm xoang được đối chiếu giữa CLVT với khối nấm trong lúc phẫu thuật. Tỷ lệ chẩn đoán đúng vị trí u nấm xoang hàm và xoang bướm 1 bên là 100%, xoang hàm hai bên là 80%, vị trí khe giữa 77,8% và thấp nhất là vị trí xoang hàm và xoang bướm 1 bên (50%). Trên CLVT, tất cả các bệnh nhân u nấm xoang có hình ảnh đám mờ trong lòng các xoang và phần lớn (76%) chiếm toàn bộ lòng xoang. Vôi hóa trong đám mờ chiếm tỷ lệ 87%, chủ yếu ở trung tâm (chiếm 80%). Kết quả này

cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước¹⁰. Hình mờ tăng đậm độ trong lòng xoang được giải thích do tỷ trọng sợi nấm dày đặc và các cặn chuyển hoá chứa kim loại tạo thành những nốt cản quang trên CLVT.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh dày xương thành xoang trong u nấm xoang chiếm tỷ lệ rất cao (95,7%) cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Jiang R-S³ và cộng sự (67,2%). Dày xương thành xoang là sự phản ứng của cấu trúc xương vách mũi xoang với tình trạng viêm kéo dài. Do đó, hình ảnh dày xương hay gặp ở viêm mũi xoang mạn tính, thay đổi tùy thuộc vào thời gian mắc bệnh, thời gian càng dài tỷ lệ dày xương càng nhiều. Trong u nấm xoang, hiện tượng dày xương nhiều hơn so với các loại viêm xoang mạn tính khác, có thể do nấm kích thích quá trình viêm mạnh hơn so với tác nhân vi khuẩn và thời gian tạo thành u nấm xoang cũng kéo dài nhiều năm trước khi phát bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đặc điểm lâm sàng hay gặp nhất của u nấm xoang là chảy mũi, ngạt mũi và đau nửa mặt. Dấu hiệu nội soi hay gặp của u nấm xoang là chảy mủ sàn-khe mũi và niêm mạc phù nề. Về hình ảnh CLVT, đặc điểm thường gặp nhất là đám mờ xoang hoàn toàn, có vôi hóa ở trung tâm dạng nốt, đường kèm đặc xương thành xoang, vị trí chủ yếu ở một bên và xoang hàm hay gặp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dufour X, Kauffmann-Lacroix C, Ferrie JC, Goujon JM, Rodier MH, Klossek JM.** Paranasal sinus fungus ball: epidemiology, clinical features

and diagnosis: a retrospective analysis of 173 cases from a single medical center in France, 1989-2002. *Med Mycol.* 2006 Feb;44(1): 61-7.

2. **Nomura K, Asaka D, Nakayama T, Okushi T, Matsuwaki Y, Yoshimura T, et al.** Sinus fungus ball in the Japanese population: clinical and imaging characteristics of 104 cases. *Int J Otolaryngol.* 2013;2013: 731640.
3. **Jiang RS, Huang WC, Liang KL.** Characteristics of sinus fungus ball: a unique form of rhinosinusitis. *Clin Med Insights Ear Nose Throat.* 2018 Aug;11:1179550618792254.
4. **Yoon YH, Xu J, Park SK, Heo JH, Kim YM, Rha KS.** A retrospective analysis of 538 sinonasal fungus ball cases treated at a single tertiary medical center in Korea (1996-2015). *Int Forum Allergy Rhinol.* 2017 Nov;7(11):1070-5.
5. **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.
6. **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.
7. **Seo YJ, Kim J, Kim K, Lee JG, Kim CH, Yoon JH.** Radiologic characteristics of sinonasal fungus ball: an analysis of 119 cases. *Acta Radiol.* 2011 Sep;52(7):790-5.
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. **deShazo RD, O'Brien M, Chapin K, Soto-Aguilar M, Swain R, Lyons M, et al.** Criteria for the diagnosis of sinus mycetoma. *J Allergy Clin Immunol.* 1997Apr;99(4):475-85.
10. **Trần Nam Khang.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Viêm Xoang Do Nấm Bằng Phương Pháp Phẫu Thuật Nội Soi Tại Bệnh Viện TMH TP. Hồ Chí Minh. Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh; 2018.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG, CẮT LỚP VI TÍNH CỦA BỆNH NHÂN GÂY KÍN XƯƠNG GÓT ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Văn Lượng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu của đề tài này là nhận xét lâm sàng, XQ, cắt lớp vi tính của BN gây xương gót được phẫu thuật. Nghiên cứu mô tả tiến cứu 56 BN gây xương gót được

phẫu thuật kết xương trong thời gian từ 11/2016 đến 12/2022, tại Bệnh viện TỰ QUỠN 108. Kết quả: Độ lớn góc Böhler trước mổ trung bình $-1,8^{\circ}$ ($-40^{\circ} \div 22^{\circ}$). Góc Böhler $< 20^{\circ}$, góc Gissane $> 130^{\circ}$ ở 50/56 BN. Hình ảnh đường mờ kép có ở 33/56 BN. Hình ảnh gãy xương phạm khớp gót hộp gặp ở 6/56 BN. Phân loại theo Sander trên phim cắt lớp vi tính, gãy loại IIA, IIB, IIC có lần lượt là 3 BN, 4 BN, 10 BN; gãy loại IIIAB, IIIAC, IIIBC có lần lượt là 1 BN, 4BN, 6 BN, gãy loại IV có 8 BN. 32,14% gãy phạm khớp gót hộp. Kết luận: Nên chụp CT-Scanner ở BN gãy xương gót.

Từ khóa: Gãy xương gót; Xquang; Cắt lớp vi

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lượng

Email: luongnv108@gmail.com.

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024