

bé gái. Mặt khác, không có sự khác biệt về kích thước gần - xa của RHSII hàm trên giữa hai giới. Sự khác biệt về chiều cao thân răng RHSII giữa hai giới tồn tại ở răng hàm trên, trong đó, chiều cao thân răng RHSII hàm trên của các trẻ nam lớn hơn các trẻ nữ. Đối với cả hai loại chụp của hãng GNI và Shinhung, các cỡ chụp đều khá tương đồng với kích thước thân răng RHSII trung bình theo chiều gần - xa, tuy nhiên, để phù hợp với từng ca lâm sàng, bác sĩ vẫn cần cân nhắc thực hiện kỹ thuật cắt chụp hoặc uốn chụp thép sao cho phù hợp với từng trường hợp bệnh nhân cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Butera A, Maiorani C, Morandini A, et al. Assessment of Genetical, Pre, Peri and Post Natal Risk Factors of Deciduous Molar Hypomineralization (DMH), Hypomineralized Second Primary Molar (HSPM) and Molar Incisor Hypomineralization (MIH): A Narrative Review. *Children*. 2021; 8(6):432. doi: 10.3390/children8060432
2. Comparison of the morphology of the primary first molars and the forms of stainless steel crowns used in clinical practice. *J Clin Pediatr Dent*. Published online 2023. doi:10.22514/jocpd.2023.025
3. Kindelan SA, Day P, Nichol R, Willmott N, Fayle SA. UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry: stainless steel preformed crowns for primary molars. *Int J Paediatr Dent*. 2008;18:20-28. doi:10.1111/j.1365-263X.2008.00935.x
4. Kang HY, Lee H, Chae YK, et al. Feasibility of 3-Dimensional Visual Guides for Preparing Pediatric Zirconia Crowns: An In Vitro Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5732. doi:10.3390/ijerph17165732
5. Havale R, Sheetal BS, Patil R, Hemant Kumar R, Anegundi RT, Inushekar KR. Dental notation for primary teeth: a review and suggestion of a novel system. *Eur J Paediatr Dent*. 2015;16(2):163-166.
6. Lu XX, Yang K, Zhang BZ, et al. Measurement of the morphological data of primary teeth in northwest China. *Front Pediatr*. 2022;10:1010423. doi:10.3389/fped.2022.1010423
7. Barbería E, Suárez MC, Villalón G, Maroto M, García-Godoy F. Standards for mesiodistal and buccolingual crown size and height of primary molars in a sample of Spanish children. *Eur J Paediatr Dent*. 2009;10(4):169-175.
8. Szttyler K, Wiglusz RJ, Dobrzynski M. Review on Preformed Crowns in Pediatric Dentistry—The Composition and Application. *Materials*. 2022; 15(6):2081. doi:10.3390/ma15062081

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH CỦA VIÊM MŨI XOANG DO NẤM KHÔNG XÂM LẤN: PHÂN TÍCH 270 BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 TỪ 01/2019 – 01/2024

Vũ Thị Ly¹, Đào Trọng Tuấn¹, Tăng Thị Minh Thu¹,
Bùi Thị Hiền¹, Đỗ Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh đặc trưng của viêm mũi xoang do nấm không xâm lấn (VMXDNKXL) trên phim chụp CLVT để đưa ra khuyến cáo chẩn đoán sớm, điều trị thích hợp cho bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả loạt 270 BN đã được chẩn đoán xác định VXDKNXL tại khoa phẫu thuật và điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 từ tháng 01/2019 đến tháng 01/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình 52,73 ± 8,5, chủ yếu ở nhóm 45-60 tuổi, tỉ lệ nam/nữ ~ 1:2; nhóm BN bị bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính nhiều nhất (40,07%); chủ yếu BN là nhân viên văn phòng (35,56%) và công nhân các khu công nghiệp (29,25%), triệu chứng gặp nhiều nhất: khịt khạc đờm mũi hôi (86,67%), ho (46,29%); nấm xoang 1 bên

(97,4%), nấm 1 xoang (94,07%), nấm xoang hàm (94,81%); hình ảnh thường gặp trên phim CLVT: dị dạng vách ngăn (61,85%), quả phát mòm móc bóng sáng (74,44%), bít tắc phức hợp lỗ ngách (95,92%); xương thành xoang dày (70,37%), điểm vôi hóa trong lòng xoang (76,29%), đoãng rộng phức hợp lỗ ngách (28,89%), đoãng rộng lòng xoang (18,89%); điểm vôi hóa gặp ở trung tâm lòng xoang (45,56%). **Kết luận:** Do bệnh lý VMXDNKXL không điển hình, nó dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý viêm xoang mạn tính khác, vì vậy với những hình ảnh có giá trị gợi ý cao như điểm vôi hóa trong lòng xoang, xương thành xoang dày, đoãng rộng phức hợp lỗ ngách và lòng xoang, CT rất có giá trị trong gợi ý chẩn đoán VMXDNKXL.

Từ khóa: Nấm xoang không xâm lấn, hình ảnh nấm mũi xoang; Nấm xoang.

SUMMARY

DESCRIPTION RADIOLOGY OF NON-INVASIVE FUNGAL RHINOSINUSITIS: ANALYSIS 270 PATIENTS AT 108 HOSPITAL FROM 01/2019 – 01/2024

Objectives: To describe the features of non-invasive fungal rhinosinusitis (NIFRS) on CT scans to

¹Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Ly

Email: bslytmh108@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

make recommendations for early diagnosis and appropriate treatment for patients. **Subjects and methods:** Description of a series of 270 patients who have been diagnosed with NIFRS at the department of surgery and treatment as required at 108 Hospital from January 2019 to January 2024. Their condition was evaluated radiologically with non-contrast CT. **Results:** Average age 52.73 ± 8.5 years old, large group is 45 - 60 years old, male/female ratio ~ 1:2, patients with chronic rhinosinusitis is the most common (40.07%), commonly encountered are office workers (35.56%) and industrial workers (29.25%), most common symptoms: post nasal drip (86.67%), cough (46.29%), unilateral fungal sinus (97.4%), one fungal sinus (94.07%), fungal maxillary sinus (94.81%). Common images on CT scan: septal deviation (61.85%), large ethmoid process (74.44%), ostiomeatal closed (95.92%), sclerosis (70.37%), calcification (76.29%), enlargement ostiomeatal unit (28.89%), enlargement sinus (18.89%), central calcifications (45.56%). **Conclusion:** NIFRS pathology is atypical, it is easily misdiagnosed with other chronic sinusitis diseases, so images with high suggestive value such as calcifications in the sinus cavity, thick sinus bone walls, enlargement ostiomeatal unit and sinus, CT is valuable in suggesting the diagnosis of NIFRS. **Keywords:** non-invasive fungal sinus, radiologic feature of fungal sinus; fungal sinus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang do nấm biểu hiện bằng tình trạng viêm kéo dài với sự hiện diện của nấm gây tổn thương niêm mạc và tổ chức xung quanh. ¹ Viêm mũi xoang do nấm có hai loại là viêm mũi xoang do nấm xâm lấn và viêm mũi xoang do nấm không xâm lấn (VMXDKNKXL) dựa trên kết quả giải phẫu bệnh theo tiêu chuẩn của deShazo RD.²

VMXDKNKXL là bệnh tương đối phổ biến nhưng thường bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính khác. Do biểu hiện lâm sàng nghèo nàn, thường chỉ có triệu chứng khịt khạc đờm mùi hôi, đôi khi có kèm đau tức vùng mặt và các triệu chứng lâm sàng như các bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính khác. Tỷ lệ mắc bệnh mũi xoang do nấm có xu hướng gia tăng trong thập kỷ gần đây. Có thể do sự hỗ trợ của các phương pháp cận lâm sàng ngày càng nâng cao, thêm vào đó là tình trạng lạm dụng kháng sinh và thuốc ức chế miễn dịch. VMXDKNKXL có thể điều trị khỏi hoàn toàn bằng phẫu thuật, vì vậy việc chẩn đoán sớm để đưa ra phương pháp điều trị đúng là rất quan trọng. Nhanh chóng chẩn đoán chính xác VMXDKNKXL mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân, tránh việc lạm dụng kháng sinh và việc phải dùng thuốc điều trị không cần thiết.

Nấm xoang chỉ được chẩn đoán xác định dựa trên mẫu bệnh phẩm sau mổ, xác định được có

sợi nấm hoặc bào tử nấm. ² Điều này đặt ra câu hỏi: liệu có phương pháp cận lâm sàng nào đủ tin cậy để có thể gợi ý chẩn đoán sớm bệnh lý này. Qua quá trình thực hành lâm sàng cho đến nay, CLVT tỏ ra có ưu thế trong hỗ trợ chẩn đoán các bệnh lý mũi xoang nói chung và đặc biệt có những hình ảnh điển hình gợi ý chẩn đoán VMXDKNKXL nói riêng. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu 270 BN đã được chẩn đoán xác định VMXDKNKXL tại Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 từ tháng 01/2019 – 01/2024 với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh đặc trưng của VMXDKNKXL trên phim chụp CLVT để đưa ra khuyến cáo chẩn đoán sớm cho các bác sỹ lâm sàng chẩn đoán và điều trị chính xác nhất.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 270 bệnh nhân được chẩn đoán xác định VXDKNKXL được điều trị tại khoa Phẫu thuật và điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 từ tháng 01/ 2019 đến tháng 01/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Các bước tiến hành. Bệnh nhân đến khám, được chẩn đoán là viêm xoang mạn tính, được nội soi tai mũi họng, chụp CT đa dãy hệ thống xoang. Sau phẫu thuật được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh là VMXDKNKXL, những bệnh nhân này được lấy vào nghiên cứu.

Bệnh nhân được chụp CT mũi xoang trên máy 16 hoặc 32 dãy tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh-Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 như:

- Tiêu chuẩn chụp phim CT mũi xoang:
 - + Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa
 - + Độ dày lát cắt: 5mm, có thể tái tạo (recon 0,625mm)
 - + Độ rộng trường lát cắt: 140 – 160 mm, từ khẩu cái cứng đến trần xoang trán (có thể mở rộng nếu cần thiết khi tổn thương rộng hơn).
 - + Tái tạo cửa sổ xương (> 4000 HU), mô mềm (150 – 400 HU) và tái tạo đa mặt phẳng.

2.2.3. Thu thập và xử lý số liệu. Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 270 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sau mổ là viêm xoang do nấm không xâm lấn.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới

Bảng 1: Tuổi và giới

Đặc điểm chung	Tỷ lệ	
	N	Tỷ lệ

Tuổi	≤ 15 tuổi	0	0 %
	16 – 30 tuổi	24	8,89%
	31 – 45 tuổi	71	26,29%
	45 – 60 tuổi	157	58,15%
	≥ 61 tuổi	18	6,67%
	Tổng	270	100%
Giới	Nam	87	32,22%
	Nữ	183	67,78%
	Tổng	270	100%

Tuổi trung bình $52,73 \pm 8,5$, tần suất mắc bệnh cao nhất là nhóm 45 – 60 tuổi có 157 BN chiếm 58,15%. Nữ gặp nhiều hơn nam, 183 BN nữ (67,78%), 87 BN nam (32,22%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT). Hình ảnh xoang được xét đánh giá là những xoang tìm được bằng chứng có tổ chức nằm ở trong lòng xoang (chứng minh bằng giải phẫu bệnh).

3.2.1. Bất thường cấu trúc giải phẫu trên phim CLVT liên quan đến xoang bị nấm

Bảng 2: Bất thường cấu trúc giải phẫu trên phim CLVT

Đặc điểm	N	Tỷ lệ
Lệch vách ngăn	167	61,85%
Quá phát móm móc bóng sừng	201	74,44%
Bít tắc phức hợp lỗ ngách	259	95,92%
Không có dị dạng	5	1,85%

Hầu hết các BN trong nghiên cứu của chúng tôi có bất thường cấu trúc về phía xoang bị nấm. Chúng tôi chỉ gặp 5 BN chiếm 1,85% là không có dị dạng hay bít tắc lỗ ngách bị nấm xoang.

Bảng 3: Đặc điểm thành xương của xoang có nấm

Đặc điểm xương thành xoang	N	Tỷ lệ
Xương thành xoang dày	190	70,37%
Xương thành xoang mỏng	51	18,89%
Tiêu xương	0	0%
Không thay đổi cấu trúc xương	29	10,74%
Tổng	270	100%

Hình ảnh dày xương thành xoang gặp ở 190 BN chiếm 70,37%, có 51 BN có biểu hiện mòn xương chiếm 18,89%, không gặp bệnh nhân nào bị tiêu xương thành xoang.

3.2.2. Vị trí của vôi hóa trong xoang có tổ chức nấm. Theo Klossek và cộng sự trên hình ảnh CLVT nấm xoang xuất hiện dưới dạng mờ không đồng nhất trong xoang, có hình ảnh vôi hóa trong đám mờ, gợi ý có dị vật.⁷ Hiện tượng đó có thể giải thích là do những sợi nấm dày đặc và cần trao đổi chất được hình thành trong quá trình khối nấm phát triển và do nấm có ái lực cao với muối kim loại (Ca, Mg...).

Bảng 4: Vị trí của vôi hóa trong xoang

Vị trí của vôi hóa	N	Tỷ lệ
--------------------	---	-------

Trung tâm	123	45,56%
Ngoại vi	18	6,67%
Hỗn hợp	65	24,07%
Không xác định được điểm vi vôi hóa	64	23,70%
Tổng	270	100%

Các vị trí của vôi hóa cũng được phân loại theo kiểu ngoại vi, trung tâm hoặc hỗn hợp tùy theo vị trí của nó trong xoang trên CT scan. Xoang sẽ được chia làm 3 phần theo mặt phẳng coronal ở lát cắt xoang rộng nhất. Nếu điểm vôi hóa nằm ở 1/3 giữa thì đó là vị trí trung tâm, nếu ở vị trí 1/3 ngoài hoặc 1/3 trong là vị trí ngoại vi, nếu xuất hiện ở cả trung tâm và ngoại vi thuộc loại có vị trí hỗn hợp.

3.2.3. Đặc điểm của xoang bị nấm trên phim CT

Bảng 5: Đặc điểm của xoang nấm trên phim CT

Đặc điểm tổn thương	N	Tỷ lệ
Điểm vi vôi hóa trong lòng xoang	206	76,29%
Dày xương thành xoang	190	70,37%
Đoãng rộng lòng xoang	51	18,89%
Đoãng rộng phức hợp lỗ ngách	78	28,89%
Đám mờ trong lòng xoang không có điểm vôi hóa	64	23,70%

Trong nghiên cứu của chúng tôi có hình ảnh vi vôi hóa trong lòng xoang gặp 206 BN chiếm 76,29%, Xương thành xoang dày gặp 190 BN chiếm 70,37%, dấu hiệu đoãng rộng lòng xoang chiếm gặp 51 BN chiếm 18,89%, đoãng rộng phức hợp lỗ ngách gặp 28,89%, gặp một tỷ lệ thấp các BN chỉ có mờ lòng xoang đơn thuần 64 BN chiếm 23,70%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 270 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sau mổ là viêm xoang do nấm không xâm lấn.

Tuổi trung bình $52,73 \pm 8,5$, tần suất mắc bệnh cao nhất là nhóm 45 – 60 tuổi có 157 BN chiếm 58,15%. Nữ gặp nhiều hơn nam, 183 BN nữ (67,78%), 87 BN nam (32,22%), tỉ lệ nam/nữ ~ 1:2 ($p \leq 0,05$). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Shetty và cộng sự gặp 58% BN là nữ giới.³ Sở dĩ bệnh VMXDKNXL gặp ở nữ nhiều hơn nam và ở độ tuổi 45-60 tuổi có thể được giải thích là đến độ tuổi này phụ nữ thuộc nhóm đối tượng tiền mãn kinh và mãn kinh, sinh lý thay đổi dễ mắc các bệnh lý mạn tính, và ở nhóm tuổi này các bệnh nhân này vẫn trong độ tuổi lao động nhưng lại có sức đề kháng yếu hơn các nhóm tuổi nhỏ hơn, vì vậy sức đề kháng với môi trường cũng thấp nhất.

Tổn thương 1 bên mũi gặp 263 BN chiếm

97,4%. Tương tự như trong nghiên cứu của Shetty cũng gặp chủ yếu là nấm xoang ở 1 bên mũi chiếm 83,3%.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi thường chỉ tìm thấy bệnh phẩm nấm xoang ở 1 xoang gặp 254 BN chiếm 94,07%, chỉ có 16 BN chiếm 5,93% là xuất hiện nấm ở nhiều hơn 2 xoang. Chúng tôi nhận thấy chủ yếu là những trường hợp này gặp ở 2 xoang hàm hoặc kết hợp xoang hàm với xoang bướm hoặc xoang sàng. Phần lớn gặp BN bị viêm xoang hàm do nấm chiếm 94,81%, sau đó là viêm xoang bướm chiếm 4,44%, gặp ít hơn là viêm xoang sàng chiếm 3,33% và không gặp bệnh nhân nào có nấm ở xoang trán. Hầu hết BN không có viêm xoang sàng do nấm đơn độc, chủ yếu là gặp các tình trạng này ở bệnh nhân có nấm xoang hàm kết hợp. Trong nghiên cứu của Shetty xoang phổ biến nhất là xoang hàm trên chiếm 86% và xoang bướm chiếm 28%.³ Xoang hàm trên bị ảnh hưởng nhiều nhất có lẽ vì lỗ thông xoang hàm nằm thấp nhất ở khe giữa so với các lỗ thông xoang khác giúp vi nấm tiếp cận dễ dàng.

Đặc điểm hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT). Hầu hết các BN trong nghiên cứu của chúng tôi có bất thường cấu trúc về phía xoang bị nấm. Chúng tôi chỉ gặp 5 BN chiếm 1,85% là không có dị dạng hay bất tắc lỗ ngách bị nấm xoang. Đa số các ca này, chỉ có nấm khu trú ở lồng xoang và phát hiện là do tình cờ chụp phim CT sọ não phát hiện ra tổn thương trong lồng xoang. Có tới 167 BN chiếm 61,85% bị dị dạng vách ngăn, 201 BN chiếm 74,44% có quá phát mòm móc bóng sàng và 259 BN chiếm 95,92% bị bất tắc phức hợp lỗ ngách trên phim. Điều này phù hợp với giả thuyết hình thành nấm xoang là do có cản trở dẫn lưu của xoang do vậy làm ứ đọng dịch trong lồng xoang tạo điều kiện cho nấm phát triển. Stevens và cộng sự cho rằng, sự tắc nghẽn lỗ thông xoang có thể đóng vai trò là yếu tố tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển nấm xoang trong môi trường thiếu oxy hoặc kỵ khí. Trong nghiên cứu của Seol và cộng sự dị dạng vách ngăn gặp ở 42,2% và bất tắc phức hợp lỗ ngách gặp 69,0%.⁶

Các dấu hiệu cắt lớp vi tính gợi ý viêm xoang do nấm gặp chủ yếu bao gồm: Đám mờ xoang: Tổn thương trong lồng xoang có đậm độ cao hơn cơ trên cửa sổ mô mềm; Vôi hóa trong đám mờ xoang: Có hình ảnh tăng đậm độ trong đám mờ; Xương thành xoang dày: so sánh với bên đối diện trên cửa sổ xương; Xương thành xoang mỏng: so sánh với bên đối diện trên cửa sổ xương (thường kết hợp với hình ảnh đoãng rộng lồng xoang); Tiêu xương thành xoang: có hình ảnh

khuyết xương thành xoang; Lồng xoang đoãng rộng: so sánh với bên đối diện; Đoãng rộng phức hợp lỗ ngách: so sánh với bên đối diện

Hình ảnh dày xương thành xoang gặp ở 190 BN chiếm 70,37%, có 51 BN có biểu hiện mòn xương chiếm 18,89%, không gặp bệnh nhân nào bị tiêu xương thành xoang. Sở dĩ có phản ứng viêm xương là do xương của thành xoang bị kích thích bởi các yếu tố viêm kéo dài dẫn tới tình trạng viêm phản ứng, thành xương của xoang có thể bị xơ cứng và dày lên, một số trường hợp bị nấm kéo dài, khi khối nấm phát triển mạnh trong lồng xoang, sẽ dẫn tới tình trạng tăng áp lực trong lồng xoang dẫn tới hiện tượng lồng xoang bị giãn nở, thành xoang mỏng đi, nhưng không có hiện tượng tiêu xương thành xoang. Theo như nghiên cứu của Seol và cộng sự, tỷ lệ dày xương thành xoang gặp ở 54,3%, thành xoang mỏng gặp ở 16,4%.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi những BN có hình ảnh lồng xoang đoãng rộng khi phẫu thuật nhận thấy là khối nấm bất kín toàn bộ lồng xoang, phát triển ra cả khe giữa, tổ chức nấm xuất hiện nấm cả ở xoang sàng.

Trong viêm xoang do nấm, hiện tượng dày thành xương nhiều hơn các loại viêm xoang mạn tính khác, có thể do nấm kích thích quá trình viêm mạnh hơn so với các tác nhân vi khuẩn và do triệu chứng không rõ ràng nên thời gian mắc bệnh sẽ kéo dài hơn trước khi phát hiện bệnh. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây được báo cáo. Đa phần những trường hợp có phá hủy xương gặp ở những bệnh nhân bị viêm xoang do nấm xâm nhập hoặc có tổn thương khuyết xương bẩm sinh.

Theo Klossek và cộng sự trên hình ảnh CLVT nấm xoang xuất hiện dưới dạng mờ không đồng nhất trong xoang, có hình ảnh vôi hóa trong đám mờ, gợi ý có dị vật.⁷ Hiện tượng đó có thể giải thích là do những sợi nấm dày đặc và cặn trao đổi chất được hình thành trong quá trình khối nấm phát triển và do nấm có ái lực cao với muối kim loại (Ca, Mg...).

Các vị trí của vôi hóa cũng được phân loại theo kiểu ngoại vi, trung tâm hoặc hỗn hợp tùy theo vị trí của nó trong xoang trên CT scan. Xoang sẽ được chia làm 3 phần theo mặt phẳng coronal ở lát cắt xoang rộng nhất. Nếu điểm vôi hóa nằm ở 1/3 giữa thì đó là vị trí trung tâm, nếu ở vị trí 1/3 ngoài hoặc 1/3 trong là vị trí ngoại vi, nếu xuất hiện ở cả trung tâm và ngoại vi thuộc loại có vị trí hỗn hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần gặp điểm vôi hóa ở vị trí trung tâm có 123 BN chiếm 45,56%, ít gặp vôi hóa ở vị trí ngoại vi chỉ 18 BN chiếm 6,67%.

Theo nghiên cứu của Seol gặp 80% BN có vôi hóa trung tâm và 20% BN có vôi hóa ngoại vi.⁶

Trong nghiên cứu của chúng tôi có hình ảnh vi vôi hóa trong lòng xoang gặp 206 BN chiếm 76,29%, Xương thành xoang dày gặp 190 BN chiếm 70,37%, dấu hiệu doãng rộng lòng xoang chiếm gặp 51 BN chiếm 18,89%, doãng rộng phức hợp lỗ ngách gặp 28,89%, gặp một tỷ lệ thấp các BN chỉ có mờ lòng xoang đơn thuần 64 BN chiếm 23,70%. Theo nghiên cứu của Shetty và cộng sự gặp 33,3% bệnh nhân có dấu hiệu vi vôi hóa và 30,9% BN có dấu hiệu doãng rộng lòng xoang.³ Trong nghiên cứu của Karthikeyan gặp vi vôi hóa ở 32% trường hợp.⁸

V. KẾT LUẬN

Viêm mũi xoang do nấm không xâm lấn ngày càng phổ biến. Bệnh không có triệu chứng lâm sàng và nội soi tai mũi họng đặc trưng, các triệu chứng lâm sàng và nội soi dễ nhầm với các bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính khác. Tuy vậy, hình ảnh nấm xoang trên phim chụp CLVT có nhiều dấu hiệu đặc trưng như điểm vôi hóa trong đám mờ lòng xoang, dày xương thành xoang, doãng rộng phức hợp lỗ ngách và lòng xoang với tỷ lệ khá cao. Đặc biệt thông thường những xoang bị nhiễm nấm thường có các bất thường cấu trúc giải phẫu đi kèm như vẹo vách ngăn, quá phát mỏm móc bóng sừng hay bất tắc phức hợp lỗ ngách. Do vậy, CLVT là một xét nghiệm cận lâm sàng quan trọng giúp tăng khả năng chẩn đoán sớm và chính xác. Dựa trên những đặc điểm hình ảnh trên phim chụp CLVT chúng ta có thể đưa ra những chẩn đoán sớm và chính xác hơn cho BN

từ đó đưa ra những quyết định điều trị thích hợp, giải thích tiên lượng cho bệnh nhân, tránh sự chậm trễ trong điều trị, tránh được việc lạm dụng thuốc, mang lại kết quả tốt và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bongomin F, Gago S, Oladele RO, Denning DW:** Global and Multi-National Prevalence of Fungal Diseases-Estimate Precision. J Fungi (Basel). 2017;3(4):57.
- DeShazo RD, O'Brien M, Chapin K, Soto-Aguilar M, Gardner L, Swain R. A:** New classification and diagnostic criteria for invasive fungal sinusitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1997;123(11):1181-1188.
- Shetty S, Chandrashekar S, Aggarwal N. A:** Study on the Prevalence and Clinical Features of Fungal Sinusitis in Chronic Rhinosinusitis. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;72(1):117-122.
- Ms S, S A, H N:** Frequency of Granulomatous Invasive Fungal Sinusitis in Patients with Clinical Suspicion of Chronic Fungal Rhinosinusitis. Cureus. 2019;11(5).
- Dall'Igna C, Palombini BC, Anselmi F, Araújo E, Dall'Igna DP:** Fungal rhinosinusitis in patients with chronic sinus disease. Braz J Otorhinolaryngol. 2005;71(6):712-720.
- 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;52(7):790-795.
- Klossek JM, Serrano E, Péloquin L, Percodani J, Fontanel JP, Pessey JJ:** Functional endoscopic sinus surgery and 109 mycetomas of paranasal sinuses. Laryngoscope. 1997;107(1):112-117.
- Karthikeyan P, Nirmal Coumare V:** Incidence and Presentation of Fungal Sinusitis in Patient Diagnosed with Chronic Rhinosinusitis. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;62(4):381-385.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ PHÁT TRIỂN DẬY THÌ CỦA HỌC SINH TIỂU HỌC TẠI HUYỆN BA VÌ

Ngô Thị Thu Hương¹, Nguyễn Thị Thảo¹, Đinh Thị Minh¹, Nguyễn Mạnh Hùng¹, Vũ Thị Mai Sao¹, Nguyễn Thị Nga¹, Nguyễn Thị Kim Dung¹, Trần Ngọc Sơn¹

TÓM TẮT

Tình trạng dinh dưỡng và phát triển dậy thì của học sinh tiểu học được đánh giá qua cân nặng, chiều cao và BMI theo tuổi. Các chỉ số này sẽ phản ánh các

vấn đề về sức khỏe của trẻ và sự tăng trưởng của trẻ trong quá trình phát triển, có ảnh hưởng lớn đến tầm vóc của trẻ trong tương lai. **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm phát triển thể chất và tình trạng dậy thì của học sinh tiểu học tại các trường tiểu học ở Ba Vì. **Đối tượng nghiên cứu:** 1668 học sinh tiểu học tại một số trường được lựa chọn tại huyện Ba Vì. **Phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu: thuận tiện. **Kết quả:** Tỷ lệ giữa nhóm 7:8:9 tuổi tham gia nghiên cứu là như nhau (29,6%: 32,9% 37,5%). Cân nặng theo tuổi của nam và nữ như nhau. Chiều cao trung bình theo tuổi ở trẻ nam 8 tuổi và 9 tuổi cao hơn trẻ nữ. Tỷ lệ trẻ nữ nhẹ cân <-2SD là

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thu Hương

Email: thuhuong0380@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024