

Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của một số tác giả khi đánh giá mối liên quan giữa cận thị với giai đoạn bệnh ở trẻ bị BVMTĐN. Theo nghiên cứu của Chen TC cho thấy mắt bị bệnh ở giai đoạn 3 có độ cận thị trung bình là -3,64D cao hơn so với mắt bị bệnh ở giai đoạn 1 + 2 là -0,2D. Theo nghiên cứu của O'Connor cho thấy tỷ lệ và mức độ cận thị tăng theo giai đoạn bệnh, mắt bị bệnh ở giai đoạn 3,4 có tỷ lệ và độ cận thị trung bình là 80% và -1,18D cao hơn so với mắt bị bệnh ở giai đoạn 1,2 là 22,2% và có độ viễn thị trung bình là +0,71.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tật khúc xạ ở trẻ bị BVMTĐN sau điều trị tiêm nội nhãn Bevacizumab cao, chiếm 60,8%, trong đó chủ yếu là cận thị chiếm 47,2%.

Khúc xạ tương đương cầu trung bình là: $-1,72 \pm 4,17D$.

Độ cận thị trung bình là: $-3,69 \pm 4,01D$, cận thị cao chiếm tỷ lệ 20,2%.

Có mối liên quan giữa cận thị với tuổi thai, cân nặng khi sinh và giai đoạn bệnh.

VI. KIẾN NGHỊ

Trẻ sau điều trị BVMTĐN bằng tiêm nội nhãn Bevacizumab cần đi khám sàng lọc thị lực định kỳ để phát hiện sớm và điều trị tật khúc xạ, tránh biến chứng nhược thị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alon T, Hemo I, Itin A, Pe'er J, Stone J, Keshet E. Vascular endothelial growth factor acts as a survival factor for newly formed retinal

- vessels and has implications for retinopathy of prematurity. *Nat Med.* 1995;1(10):1024-1028.
2. Hakeem A, Mohamed G, Othman M. Retinopathy of prematurity: a study of prevalence and risk factors. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2012;19(3):289-294.
3. Mintz-Hittner H, Kennedy K, Chuang A, BEAT-ROP Cooperative Group. Efficacy of intravitreal bevacizumab for stage 3+ retinopathy of prematurity. *N Engl J Med.* 2011;364(7):603-615.
4. Wu WC, Yeh PT, Chen SN, Yang CM, Lai CC, Kuo HK. Effects and complications of bevacizumab use in patients with retinopathy of prematurity: a multicenter study in Taiwan. *Ophthalmology.* 2011;118(1):176-183.
5. Wu WC, Kuo HK, Yeh PT, Yang CM, Lai CC, Chen SN. An updated study of the use of bevacizumab in the treatment of patients with prethreshold retinopathy of prematurity in taiwan. *Am J Ophthalmol.* 2013;155(1):150-158.e1
6. Murakami T, Sugiura Y, Okamoto F, et al. Comparison of 5-year safety and efficacy of laser photocoagulation and intravitreal bevacizumab injection in retinopathy of prematurity. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2021;259(9):2849-2855.
7. Nguyễn Xuân Tinh (2012), Điều trị bệnh võng mạc trẻ đẻ non hình thái nặng bằng tiêm thuốc Bevacizumab (Avastin) nội nhãn - kết quả sau hơn một năm theo dõi. *Tạp chí Nhân khoa Việt Nam.* 2012(28).
8. Martinez-Castellanos MA, Schwartz S, Hernández-Rojas ML, et al. Long-term effect of antiangiogenic therapy for retinopathy of prematurity up to 5 years of follow-up. *Retina.* 2013;33(2):329-338.
9. Isaac M, Mireskandari K, Fallaha N, et al. Long-term outcomes of type 1 retinopathy of prematurity following monotherapy with bevacizumab: a Canadian experience. *Can J Ophthalmol.* 2023;58(6):553-558.

HÌNH ẢNH TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH CỦA POLYP MŨI TÁI PHÁT VÀ VIÊM MŨI XOANG

Nguyễn Thị Khánh Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các hình ảnh của cuốn giữa, mòm móc, phức hợp lỗ ngách, bóng sàng, các hình ảnh bệnh lý xương trên phim chụp cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 92 bệnh nhân trên 15 tuổi, viêm mũi xoang có polyp tái phát được khám, chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện Tai - Mũi - Họng Trung ương từ tháng 12/2008 đến tháng 04/2011, được chụp phim cắt lớp vi tính các

xoang. **Kết quả:** Hình ảnh mờ hoàn toàn trên cắt lớp vi tính gặp nhiều ở xoang hàm là 40,9%, xoang sàng trước là 52,7%, xoang sàng sau là 37,5%, xoang trán là 52,7%, xoang bướm là 36,4%. Các hình ảnh bệnh lý về xương phối hợp trên phim CLVT: mỏng vách xương gặp 13,0%; vôi hóa vách xương gặp 9,8%, đê dầy vách mũi xoang gặp 9,8%. Hình ảnh cuốn giữa quá phát trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất là 69,5%. Hình ảnh mòm móc quá phát trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất là 69,0%. Hình ảnh bóng sàng không còn trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất là 22,8%. Phức hợp lỗ ngách có hình ảnh polyp trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất là 91,3%. **Kết luận:** Hình ảnh mờ hoàn toàn ở các xoang và phức hợp lỗ ngách trên cắt lớp vi tính gặp nhiều nhất. Các hình ảnh bệnh lý về xương phối hợp trên phim CLVT: mỏng vách xương, vôi hóa vách xương, đê dầy vách mũi

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân

Email: khanhvantmhtw@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

xoang. Hình ảnh cuốn giữa quá phát trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất. Hình ảnh mòm móc quá phát trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất. Hình ảnh bóng sàng không còn trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất. Phức hợp lỗ ngách có hình ảnh polyp trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất.

Từ khóa: Viêm mũi xoang, polyp mũi.

SUMMARY

COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING OF RECURRENT NASAL POLYPS AND RHINOSINUSITIS

Objectives: To analyse images of middle turbinate, uncinata, ostiomeatal complex, ethmoid bullar, bone lesions on computerized tomography film. **Objects and methods:** Descriptive study in 92 patients with aged > 15 years, diagnosed as rhinosinusitis with recurrent nasal polyps and treated at the National Hospital of Otolaryngology from 12/2008 to 4/2011. **Results:** Complete opaque images of maxillary sinus account for 40,9%, complete opaque images of front ethmoid sinus account for 52,7%, complete opaque images of posterior ethmoid sinus account for 37,5%, complete opaque images of sphenoid sinus account for 36,4%. The bone lesions: thinning of the bone wall accounts for 13.0%. sclerosis of the bone wall accounts for 9,8%, remodeling of the nasal septum accounts for 9,8%. Images of middle turbinate hypertrophy are most common with 69,5%. Images of uncinata hypertrophy are most common with 69,9%. Images of lost ethmoid bullar are most common with 22,8%. Images of nasal polyps in ostiomeatal complex are most common with 91,3%. **Conclusions:** Complete opaque images of sinuses and ostiomeatal complex on CT films are most common. There are bone lesions combined on CT films: thinning bone, sclerosis, remodeling of nasal septum. Images of middle turbinate hypertrophy, uncinata hypertrophy, nasal polyps in ostiomeatal complex and lost ethmoid bullar are most common.

Keywords: Rhinosinusitis, nasal polyp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đóng vai trò quan trọng riêng trong việc đánh giá viêm mũi xoang có polyp mũi, bao gồm xác minh chẩn đoán, đánh giá sự tiến triển của bệnh, bản đồ phẫu thuật, kiểm tra sự tái phát.

Trong số các nhà phẫu thuật xoang, Nội soi được coi là cách thức cơ bản để đánh giá các hốc xoang. Tuy nhiên, hình ảnh Xquang được sử dụng thường xuyên hơn với những người bệnh điều trị nội khoa, và trong một số trường hợp, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính phân tích đầy đủ hơn hình ảnh của hốc mũi và xoang. Hình ảnh trung thực đặc biệt này khi mà hốc mũi chứa đầy tổ chức, hay có thể là polyp.

Trong nghiên cứu này sẽ phân tích các hình ảnh của polyp tái phát và các đặc điểm giải phẫu đã thay đổi trong các lần phẫu thuật trước, giúp

cho các phẫu thuật viên có những điểm cần chú ý trong những lần phẫu thuật tiếp theo để đạt kết quả tốt, tránh được các biến chứng và đồng thời hạn chế sự tái phát của polyp.

Xuất phát từ tình hình đó đề tài nghiên cứu: "Hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính của polyp mũi tái phát do viêm mũi xoang", với mục tiêu: *Phân tích các hình ảnh của cuốn giữa, mòm móc, phức hợp lỗ ngách, bóng sàng, các hình ảnh bệnh lý xương trên phim chụp cắt lớp vi tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 92 bệnh nhân trên 15 tuổi, viêm mũi xoang có polyp tái phát được khám, chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện Tai - Mũi - Họng Trung được chụp phim cắt lớp vi tính các xoang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu mô tả chùm ca bệnh

2.2.2. Phương tiện. Máy chụp cắt lớp vi tính: bệnh nhân được chụp ở 2 tư thế đứng ngang (coup Coronal) và nằm ngang (coup Axial).

2.2.3. Phân tích hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính

Bảng 2.1. Thông số chụp CLVT mũi - xoang

| Thông số | Mặt phẳng nằm ngang | Mặt phẳng đứng ngang |
|-----------------|---------------------------------------|---|
| Tư thế | Nằm ngửa | Ngửa cổ tối đa |
| Mặt cắt | Song song với mặt phẳng khẩu cái cứng | Vuông góc với mặt phẳng khẩu cái cứng |
| Diện cắt | Mào huyết răng đến đỉnh xoang trán | Bờ trước xoang trán đến bờ sau xoang bướm |
| Độ dày lát cắt | 3 mm | 3 mm |
| Mở cửa sổ xương | WW:2000, WL: 400 | WW: 2000, WL: 400 |



Mặt phẳng đứng ngang

Mặt phẳng nằm ngang

Ảnh 2.1. Tư thế chụp CLVT mũi - xoang

Mục đích: Phát hiện các dị hình giải phẫu của vách ngăn, cuốn giữa, mòm móc, bóng sàng. Xác định mức độ tổn thương niêm mạc xoang, vị trí kích thích polyp.

Đánh giá mức độ thông thoáng của lỗ thông

xoang, phức hợp lỗ ngách (PHLN).

Phim CLVT xoang:

Mờ các xoang: mờ đều, dày niêm mạc xoang, mức dịch trong xoang, polyp xoang.

Bệnh tích bịt lấp vùng PHLN.

Mỏng vách xương; Vô hóa vách xương.

Đè đẩy vách mũi - xoang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính

Bảng 3.1. Hình ảnh bệnh lý các xoang trên phim CLVT (N=184)

| Vị trí | Hình ảnh CLVT | Mờ hoàn toàn | | Dày NM | | Polyp | |
|--------|---------------|--------------|------|--------|------|-------|------|
| | | n | % | n | % | n | % |
| | Xoang hàm | 90 | 48,9 | 32 | 17,4 | 37 | 20,1 |
| | Sàng trước | 69 | 37,5 | 14 | 7,6 | 6 | 3,3 |
| | Sàng sau | 97 | 52,7 | 57 | 31,0 | 3 | 1,6 |
| | Xoang trán | 97 | 52,7 | 12 | 6,5 | 1 | 0,5 |
| | Xoang bướm | 67 | 36,4 | 25 | 13,6 | 3 | 1,6 |
| | PHLN | 159 | 86,4 | 12 | 6,5 | 3 | 1,6 |

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy, phần lớn các hình ảnh trên phim cắt lớp vi tính là mờ hoàn toàn gặp ở tất cả các xoang và phức hợp lỗ ngách.

Bảng 3.2. Các hình ảnh bệnh lý về xương phối hợp trên phim CLVT (N=92)

| Tổn thương | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|----------|-----------|
| Mỏng vách xương | 12 | 13,0 |
| Vô hóa vách xương | 9 | 9,8 |
| Đè đẩy vách mũi - xoang | 9 | 9,8 |

Nhận xét: Qua bảng 3.2 cho thấy các hình ảnh bệnh lý về xương phối hợp trên phim CLVT ít gặp dưới 13%.

Bảng 3.3. Hình ảnh bệnh lý cuộn giữa, mòm móm, bóng sàng, PHLN trên phim CLVT (N=184)

| Vị trí | Hình ảnh CLVT | Số lượng | Tỷ lệ (%) | |
|-----------|---------------|----------------|-----------|------|
| Cuốn giữa | Không còn | 35 | 19,0 | |
| | Còn | Quá phát | 126 | 68,5 |
| | | Đào chiều | 7 | 3,8 |
| | | Xoang hơi | 3 | 1,6 |
| Mòm móm | Không còn | 38 | 20,7 | |
| | Còn | Quá phát | 127 | 69,0 |
| | | Đào chiều | 22 | 12,0 |
| | | Thông bào hóa | 0 | 0,0 |
| Bóng sàng | Không còn | 42 | 22,8 | |
| | Còn | Quá lồi vào KG | 9 | 4,9 |
| PHLN | Thông thoáng | 6 | 3,3 | |
| | Dày NM | 10 | 5,4 | |
| | Mờ đều | 168 | 91,3 | |

Nhận xét: Hình ảnh bệnh lý cuộn giữa, mòm móm, bóng sàng, PHLN do các bệnh nhân đã phẫu thuật, do vậy các số liệu trong bảng này

được tính từng bên một, vậy tổng số sẽ là 184. Qua bảng 3.3 cho thấy: Đối với hình ảnh cuộn giữa quá phát gặp nhiều nhất là 126 trường hợp chiếm 68,5%. Đối với hình ảnh mòm móm quá phát gặp nhiều nhất là 127 chiếm 69,0%. Đối với bóng sàng không còn gặp nhiều nhất là 42 chiếm 22,8%. Phức hợp lỗ ngách phần lớn là mờ đều gặp là 168 chiếm 91,3%.

Bảng 3.4. So sánh hình ảnh cuộn giữa qua nội soi và phim CLVT (N=184)

| Vị trí | Hình thái | Nội soi | | CLVT | | |
|-----------|-----------|-----------|------|------|------|------|
| | | n | % | n | % | |
| Cuốn giữa | Không còn | 21 | 11,4 | 35 | 19,0 | |
| | Còn | Quá phát | 77 | 41,8 | 126 | 69,5 |
| | | Đào chiều | 7 | 3,8 | 7 | 3,8 |
| | | Xoang hơi | 3 | 1,6 | 3 | 1,6 |

Nhận xét: So sánh hình ảnh cuộn giữa qua nội soi và cắt lớp vi tính. Bảng 3.4, cho thấy có sự khác nhau giữa cuộn giữa không còn và quá phát qua nội soi và trên phim cắt lớp vi tính. Cuốn giữa đào chiều và xoang hơi qua nội soi và trên cắt lớp vi tính tương tự như nhau. Hình ảnh cuộn giữa không còn hay mất xương cuộn giữa cho thấy có sự khác nhau giữa nội soi là 11,4%, dưới cắt lớp vi tính là 19,0%, có thể do những trường hợp cuộn giữa chỉ còn một phần chân bám, mà coup cắt trên cắt lớp vi tính không cắt qua đó mà hình ảnh là không còn cuộn giữa.

Bảng 3.5. So sánh hình ảnh mòm móm qua nội soi và phim CLVT (N=184)

| Vị trí | Hình thái | Nội soi | | CLVT | | |
|---------|-----------|---------------|------|------|------|------|
| | | n | % | n | % | |
| Mòm móm | Không còn | 44 | 23,9 | 38 | 20,7 | |
| | Còn | Quá phát | 36 | 19,6 | 127 | 69,0 |
| | | Đào chiều | 22 | 12,0 | 22 | 12,0 |
| | | Thông bào hóa | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Nhận xét: Bảng 3.5 cho thấy so sánh hình ảnh mòm móm qua nội soi và CLVT: Không còn mòm móm, mòm móm đào chiều qua nội soi và trên phim chụp cắt lớp vi tính là tương tự nhau. Mòm móm quá phát qua nội soi và trên phim chụp cắt lớp vi tính có sự chênh lệch lớn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Mòm móm đào chiều qua nội soi và cắt lớp vi tính là như nhau đều là 22 tương ứng 12,0%.

Bảng 3.6. So sánh hình ảnh bóng sàng qua nội soi và phim CLVT (N=184)

| Vị trí | Hình thái | Nội soi | | CLVT | |
|-----------|----------------|---------|------|------|------|
| | | n | % | n | % |
| Bóng sàng | Không còn | 50 | 27,2 | 42 | 22,8 |
| | Quá lồi vào KG | 8 | 4,3 | 9 | 4,9 |

Nhận xét: So sánh hình ảnh bóng sàng qua nội soi và cắt lớp vi tính: Không còn bóng sàng qua nội soi là 50 tương ứng 27,2%, trên cắt lớp vi tính là 42 tương ứng 22,8%. Bóng sàng quá lồi vào khe giữa là 8 tương ứng 4,3%, trên cắt lớp vi tính là 9 tương ứng là 4,9%.

Bảng 3.7. So sánh hình ảnh PHLN qua nội soi và phim CLVT (N=184)

| Vị trí | Hình thái | Nội soi | | CLVT | |
|--------|--------------|---------|------|------|------|
| | | n | % | n | % |
| PHLN | Thông thoáng | 10 | 5,4 | 6 | 3,3 |
| | Polyp | 117 | 63,6 | 168 | 91,3 |

Nhận xét: So sánh hình ảnh phức hợp lỗ ngách qua nội soi và cắt lớp vi tính: Hình ảnh thông thoáng phức hợp lỗ ngách qua nội soi là 10 tương ứng 5,4%, trên cắt lớp vi tính là 6 tương ứng 3,3%. Hình ảnh polyp mũi qua nội soi là 117 tương ứng 63,6%, trên cắt lớp vi tính là 168 tương ứng là 91,3%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hình ảnh bệnh lý về xương phổi hợp trên phim CLVT ít gặp dưới 13%. Polyp mũi là một tổn thương giả u lành tính khu trú ở niêm mạc mũi - xoang và không ăn mòn xương. Nhưng áp lực từ sự đè ép của polyp lâu ngày có thể làm mỏng vách xương, hình ảnh đè đẩy vách mũi - xoang, hình ảnh vôi hóa các vách xương do nấm xoang và polyp. Về các hình ảnh bệnh lý về xương phổi hợp trên cắt lớp vi tính trong nghiên cứu này khó đánh giá do các trường hợp đã được phẫu thuật trước đây rồi, do vậy chỉ đánh giá một cách tương đối. Hình ảnh mỏng vách xương gặp 12 trường hợp chiếm 13,0%, vôi hóa vách xương và đè đẩy vách mũi - xoang gặp 9 trường hợp chiếm 9,8%. Nghiên cứu Nguyễn Tuấn Phong [2] trên 105 bệnh nhân có mỏng vách xương gặp 8 trường hợp chiếm 7,6%, vôi hóa vách xương 7 chiếm 6,7% và đè đẩy vách mũi - xoang gặp 5 trường hợp chiếm 4,8%.

Chụp cắt lớp vi tính còn cho một bản đồ về đường phẫu thuật xoang, cho phép ta đạt được sự an toàn trong phẫu thuật [4]. Phim chụp cắt lớp vi tính với hai bình diện đứng ngang và nằm ngang. Hình ảnh các xoang được xác định trên phim chụp cắt lớp vi tính ở hai bình diện đứng ngang và nằm ngang. Những hình ảnh bệnh lý các xoang trên phim cắt lớp vi tính gồm có: hình ảnh mờ hoàn toàn, hình ảnh mờ một phần do polyp hoặc u nang trong xoang, hình ảnh dày niêm mạc các xoang

Hình ảnh bệnh lý cuốn giữa, mòm móm, bóng sàng, PHLN do các bệnh nhân đã phẫu thuật, do

vậy các số liệu trong bảng này được tính từng bên một, vậy tổng số sẽ là 184. Qua bảng 3.3 cho thấy: Đối với hình ảnh cuốn giữa quá phát gặp nhiều nhất là 126 trường hợp chiếm 68,5%. Đối với hình ảnh mòm móm quá phát gặp nhiều nhất là 127 chiếm 69,0%. Đối với bóng sàng không còn gặp nhiều nhất là 42 chiếm 22,8%. Phức hợp lỗ ngách phần lớn là mờ đều gặp là 168 chiếm 91,3%.

Phim chụp cắt lớp vi tính rất có giá trị trong việc phát hiện các bất thường về giải phẫu của cuốn giữa, mòm móm, bóng sàng [41]. Từ đó nó như tấm bản đồ dẫn đường cho phẫu thuật, xác định được và chuẩn bị tốt cho các kỹ thuật cần thiết khi tiến hành phẫu thuật. Đặc biệt trong nghiên cứu này là các trường hợp đã được phẫu thuật và phẫu thuật nhiều lần, thì cắt lớp vi tính càng vô cùng quan trọng, nhất là những trường hợp không còn cuốn giữa, mòm móm quan trọng trong phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang.

Nghiên cứu của Võ Thanh Quang [3] cuốn giữa đảo chiều gặp là 3,17%, xoang hơi cuốn giữa gặp ở 15,87%, mòm móm quá phát phần xương gặp là 11,11%, mòm móm đảo chiều gặp là 3,97%, bóng sàng quá lồi vào khe giữa gặp là 9%, phức hợp lỗ ngách có hình ảnh polyp gây bít tắc là 56,35%, hình ảnh dày niêm mạc gặp là 36,51%. Như vậy, trong nghiên cứu này tỷ lệ cuốn giữa đảo chiều là tương tự, tỷ lệ xoang hơi cuốn giữa và hình ảnh dày niêm mạc thì ít hơn nhiều, hình ảnh polyp gây bít tắc thì lại cao hơn nhiều do trong nghiên cứu này là polyp tái phát.

Bảng 3.5 cho thấy so sánh hình ảnh mòm móm qua nội soi và CLVT: Không còn mòm móm, mòm móm đảo chiều qua nội soi và trên phim chụp cắt lớp vi tính là tương tự nhau. Mòm móm quá phát qua nội soi và trên phim chụp cắt lớp vi tính có sự chênh lệch lớn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Mòm móm đảo chiều qua nội soi và cắt lớp vi tính là như nhau đều là 22 tương ứng 12,0%. Tỷ lệ phù hợp mòm móm quá phát là 87,5%, đối với mòm móm đảo chiều và thông bào hóa qua nội soi và cắt lớp vi tính thì không có sự khác biệt gì lớn tuy số lượng quá ít nên không có giá trị nhiều.

Không còn mòm móm qua nội soi là 23,9%, trên cắt lớp vi tính là 20,7%, có thể do trong nghiên cứu này các trường hợp đã được phẫu thuật, và có những trường hợp mòm móm chỉ còn một phần, mà trên phim cắt lớp vi tính cắt qua phần mòm móm còn lại mà nhầm là còn mòm móm. Mòm móm quá phát qua nội soi là 19,6%, trên cắt lớp vi tính là 69,0%, cũng tương tự như cuốn giữa quá phát có thể do polyp bít tắc ở khe

giữa sát vào mòm móc mà chỉ có thể phân biệt được qua nội soi khi phẫu thuật, mà trên phim cắt lớp vi tính không thể phát hiện được. Mòm móc đảo chiều qua nội soi và cắt lớp vi tính là như nhau đều là 22 tương ứng 12,0%. Nghiên cứu của tác giả [16] tỷ lệ phù hợp mòm móc quá phát là 87,5%, đối với mòm móc đảo chiều và thông bào hóa qua nội soi và cắt lớp vi tính thì không có sự khác biệt gì lớn tuy số lượng quá ít nên không có giá trị nhiều.

Nghiên cứu Võ Thanh Quang [3] thấy hình ảnh bóng sàng quá lồi vào khe giữa với tỷ lệ phù hợp giữa nội soi và cắt lớp vi tính là 36,36%. So sánh hình ảnh phức hợp lỗ ngách qua nội soi và cắt lớp vi tính: Hình ảnh thông thoáng phức hợp lỗ ngách qua nội soi là 10 tương ứng 5,4%, trên cắt lớp vi tính là 6 tương ứng 3,3%. Hình ảnh polyp mũi qua nội soi là 117 tương ứng 63,6%, trên cắt lớp vi tính là 168 tương ứng là 91,3%. Nghiên cứu của Võ Thanh Quang [3] hình ảnh polyp vùng phức hợp lỗ ngách được đánh giá với tỷ lệ phù hợp cao 97,18%.

V. KẾT LUẬN

Hình ảnh mờ hoàn toàn trên cắt lớp vi tính gặp nhiều ở xoang hàm là 40,9%, xoang sàng trước là 52,7%, xoang sàng sau là 37,5%, xoang trán là 52,7%, xoang bướm là 36,4%.

Các hình ảnh bệnh lý về xương phổi hợp trên phim CLVT: mỏng vách xương gặp 13,0%; vôi hóa vách xương gặp 9,8%, đè đẩy vách mũi xoang gặp 9,8%.

Hình ảnh cuốn giữa quá phát trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất là 69,5%.

Hình ảnh mòm móc quá phát trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất là 69,0%.

Hình ảnh bóng sàng không còn trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất là 22,8%.

Phức hợp lỗ ngách có hình ảnh polyp trên phim chụp CLVT gặp nhiều nhất là 91,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đỗ Hồng Điệp** (2021), Nghiên cứu hình thái polyp mũi qua nội soi, cắt lớp vi tính và đối chiếu với mô bệnh học, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Tấn Phong** (2020), "Điện quang chẩn đoán trong tai mũi họng", NXB y học Hà nội, tr: 144- 184.
- Võ Thanh Quang** (2015), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị viêm đa xoang mạn tính qua phẫu thuật nội soi chức năng mũi - xoang. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
- Branstetter BF, Weissman JL** (2015), "Role of MR and CT in the paranasal sinuses", Otolaryngol Clin North Am 38(6):1279-1299.
- Branstetter IV BF** (2020), "Radiologic Imaging of Nasal Polyposis", Nasal Polyposis, Springer, 45-50.
- Friedman M, Touriumi DM** (2017), "The effect of a temporary naso-antral window on mucociliary clearance: An experimental study". The Otolaryngologic clinics of North America, 22(4): p.819-830.
- Friedman M, Landsberg R, Tanyeri H, Schults RA, Kelanic S, Caldarelli DD** (2020), "Endoscopic sinus surgery in patients infected HIV". Laryngoscope, 110: p. 1613- 1616.
- Harnsberger HR, Wiggins RH, Hudgins PA et al** (2021), "Nose and sinus. In: Harnsberger HR (ed) Diagnostic imaging: head and neck". Amirsys, Salt Lake City, p1-99.
- Jiannetto DF, Pratt MF** (2015), "Correlation between computed tomography and operative findings in functional endoscopic sinus surgery". Laryngoscope, 105: p. 271- 278.
- Stammler HR, Posawetz W** (2020), "Functional endoscopic sinus surgery". Eur.Arch.Otorhinolaryngol, 247: p.63-76.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH SƠN LA NĂM 2023

Nguyễn Trường Sơn¹, Đoàn Thị Thu Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La. **Đối tượng và phương pháp**

nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La. Tất cả người bệnh sẽ trả lời thông tin về sự tuân thủ điều trị qua bộ câu hỏi tự điền. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ người bệnh cho rằng uống thuốc HA là điều quan trọng nhất để kiểm soát HA là 98,0%. Kiến thức về thay đổi chế độ sinh hoạt đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát HA là 77,3%. Hiểu biết về trị số xác định THA thấp (24,7%), hiểu biết về các biến chứng của tăng huyết áp (46,0%). Người bệnh có kiến thức về bệnh tăng huyết áp chưa đạt chiếm tỷ lệ 20,7%. Tuân thủ đi khám định kỳ tại cơ sở y tế là 93,3%. Tuân thủ uống thuốc điều trị THA hằng ngày là 94,0%. Mang theo thuốc HA

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Sơn

Email: bssonnd@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024