

NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ CẮT LỚP VI TÍNH CỦA BỆNH NHÂN VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT MŨI XOANG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM CU BA

Bùi Bích Lệ¹, Đoàn Trung Hiếu², Phùng Thị Hoà³,
1.3.Trường Đại học Y Dược- Đại học Quốc Gia Hà Nội
2.Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i72>. 313

TÓM TẮT

Viêm mũi xoang mạn tính là viêm niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi kéo dài trên 12 tuần. **Mục tiêu:** Phân tích hình thái lâm sàng, nội soi, cắt lớp vi tính trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh, bao gồm 65 bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính được phẫu thuật nội soi mũi xoang tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba trong khoảng thời gian từ tháng 7/ 2024 đến tháng 8/2025. **Kết quả:** Độ tuổi hay gặp nhất là > 45 tuổi với tỷ lệ 53,8%; Có 53,8% nam giới; 46,2% là nữ giới. Triệu chứng cơ năng thường gặp: Ngạt mũi (100%), chảy mũi (96,9%), đau nhức vùng mắt (72,3%), giảm ngủ/ mất ngủ (27,7%). Hình ảnh nội soi: 100% bệnh nhân có phù nề niêm mạc mũi và dịch đọng khe - sàn mũi; 95,4% bệnh nhân có phù nề/bít tắc vùng phức hợp lỗ ngách. Tính chất dịch đọng qua nội soi chủ yếu là dịch nhầy trong- đục chiếm 87,7%; mủ đặc bản gặp ở 12,3% bệnh nhân. Polyp mũi được phát hiện ở 53,9% bệnh nhân, có cả bốn mức độ nhưng trong đó Polyp độ III – IV chiếm tỷ lệ cao nhất (85,7%). Có 24,6 % bệnh nhân có dị hình hốc mũi phát hiện qua nội soi; 4,6% bệnh nhân có khối u hốc mũi. Trên phim CLVT mũi xoang thấy hình ảnh mờ các xoang: xoang hàm (98,5%); xoang sàng (76,9%), xoang trán (55,4%) và xoang bướm (41,6%). Phần lớn bệnh nhân tổn thương phối hợp nhiều xoang (81,5%). Điểm Lund–Mackay trung bình là $10,2 \pm 5,81$, Mức độ viêm mũi xoang theo thang điểm Lund–Mackay chủ yếu là độ II- III chiếm tỷ lệ 73,9%. Một số bất thường khác trên CLVT như: Bít tắc vùng phức

hợp lỗ ngách (95,4%); khối choán chỗ hốc mũi (52,3%), bệnh lý xương (21,5%), hình ảnh gợi ý nấm xoang (27,7%); gợi ý tổn thương xoang do răng (4,6%). **Kết luận:** Viêm mũi xoang mạn tính có chỉ định phẫu thuật mũi xoang thường gặp ở nhóm trên 45 tuổi, không có sự khác biệt nhiều về giới. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ngạt mũi, chảy mũi. Nội soi hầu hết có phù nề niêm mạc mũi- vùng PHLN và có dịch đọng ở khe- sàn mũi; Polyp mũi thường gặp độ III-IV. CLVT mũi xoang cho thấy hầu hết có tổn thương phối hợp các xoang, mức độ viêm mũi xoang theo thang điểm Lund- Mackay chủ yếu ở mức độ trung bình- nặng, ngoài ra còn phát hiện các tổn thương đặc biệt như: nấm xoang, viêm xoang do răng, bệnh lý về xương thành xoang.

TỪ KHOÁ: Viêm mũi xoang mạn tính, lâm sàng, cắt lớp vi tính.

* Tác giả liên hệ: Phùng Thị Hòa

ĐT: 0934237958

Email: Hoaphungtmh@gmail.com

Nhận bài: 7/11/2025

Ngày nhận phản biện: 9/11/2025

Ngày nhận phản hồi: 10/11/2025

Ngày duyệt đăng: 15/11/2025

**A STUDY ON THE CLINICAL, ENDOSCOPIC, AND COMPUTED
TOMOGRAPHIC FEATURES OF PATIENTS WITH CHRONIC
RHINOSINUSITIS INDICATED FOR SINONASAL SURGERY AT VIETNAM –
CUBA FRIENDSHIP HOSPITAL**

ABSTRACT

Chronic rhinosinusitis (CRS) is defined as inflammation of the nasal and paranasal sinus mucosa lasting for more than 12 weeks. **Objective:** To analyze the clinical, endoscopic, and computed tomographic characteristics of patients with chronic rhinosinusitis indicated for surgery at Vietnam–Cuba Friendship Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive case series study was conducted on 65 patients with chronic rhinosinusitis who underwent endoscopic sinus surgery at Vietnam–Cuba Friendship Hospital from July 2024 to August 2025. **Results:** The most common age group was over 45 years (53.8%); males accounted for 53.8% and females for 46.2%. The most frequent clinical symptoms were nasal obstruction (100%), nasal discharge (96.9%), facial pain or pressure (72.3%), and hyposmia/anosmia (27.7%). Endoscopic findings showed that 100% of patients had nasal mucosal edema and retained secretions in the middle–inferior meatus; 95.4% had edema or obstruction of the osteomeatal complex. The retained secretion was mainly clear to mucoid (87.7%), while purulent discharge was observed in 12.3% of cases. Nasal polyps were detected in 53.9% of patients, with Grade III–IV polyps being the most common (85.7%). Nasal cavity deformities were found in 24.6% of cases, and suspicious tumor-like masses in 4.6%. On CT scans, sinus opacification was most frequently observed in the maxillary sinus (98.5%), followed by the ethmoid (76.9%), frontal (55.4%), and sphenoid sinuses (41.6%). Most patients had multi-sinus involvement (81.5%). The mean Lund–Mackay score was 10.2 ± 5.81 , with moderate to severe disease (Grade II–III) accounting for 73.9%. Other CT findings included: osteomeatal complex obstruction (95.4%), nasal cavity mass (52.3%), bony abnormalities (21.5%), fungal sinusitis features (27.7%), and odontogenic sinusitis (4.6%).

Conclusion: Chronic rhinosinusitis indicated for surgery was most common in patients over 45 years old, with no significant gender difference. The most frequent symptoms were nasal obstruction and nasal discharge. Endoscopic findings revealed mucosal edema, osteomeatal complex obstruction, and middle–inferior meatal secretions; most nasal polyps were Grade III–IV. CT imaging demonstrated multi-sinus involvement, predominantly moderate to severe disease by Lund–Mackay scoring, and additional findings such as fungal sinusitis, odontogenic sinusitis, and bony abnormalities.

Keywords: Chronic rhinosinusitis, clinical features, computed tomography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT) là tình trạng viêm niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi kéo dài trên 12 tuần [1]. Đây là bệnh gặp phổ biến trong chuyên khoa Tai Mũi Họng và có xu hướng ngày càng gia tăng do sự ảnh hưởng của nhiều yếu tố, đặc biệt là ô nhiễm môi trường, biến đổi khí hậu. Một nghiên cứu tổng hợp toàn cầu cho thấy tỷ lệ mắc VMXMT trung bình là 8.71% dân số, và có xu hướng gia tăng từ 4.72% (1980-2000) lên 19.4% (2014-2020) [2].

Bệnh gây ra những ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh do các triệu chứng thường gặp là ngạt/ tắc mũi, chảy mũi, thay đổi khứu giác, đau nhức/ tức nặng vùng sọ mặt, ho, mất ngủ, kém tập trung...Đồng thời có thể dẫn đến các

biến chứng như viêm tai giữa, viêm đường hô hấp dưới, biến chứng mắt và nội sọ. Mức độ ảnh hưởng của bệnh có sự khác nhau giữa các nhóm đối tượng như nhóm điều trị ngoại trú và nhóm có chỉ định phẫu thuật [1], [3].

Ngày nay VMXMT được coi là một hội chứng có nguyên nhân phức tạp, do sự tương tác rối loạn giữa các yếu tố môi trường và miễn dịch của cơ thể [1]. Việc được chẩn đoán đúng và điều trị phù hợp góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm bớt gánh nặng về kinh tế cho người bệnh. Đã có nhiều công trình nghiên cứu về cơ chế bệnh sinh, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VMXMT, mang lại những thành tựu to lớn trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh [1], [4], [5], [6]... Cắt lớp vi tính (CLVT) mũi xoang được coi là phương tiện chẩn đoán hình ảnh rất

có giá trị để đánh giá mức độ VMXMT và cung cấp thông tin về cấu trúc giải phẫu mũi xoang của bệnh nhân, từ đó góp phần quan trọng để lựa chọn phương án điều trị phù hợp, đặc biệt là trong phẫu thuật mũi xoang. Phẫu thuật nội soi mũi xoang là một mắt xích trong điều trị tổng thể bệnh VMXMT.

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba là một trong những đơn vị khám, chữa bệnh uy tín tại Việt Nam. Hàng năm tiếp nhận hàng nghìn bệnh nhân đến khám và điều trị bệnh về tai mũi họng, trong đó có số lượng lớn bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính nhập viện để điều trị phẫu thuật mũi xoang.

Nhằm đánh giá toàn diện bệnh lý, góp phần nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán, điều trị, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu hình thái lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính của bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có chỉ định phẫu thuật mũi xoang tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba”** với mục tiêu : *Phân tích hình thái lâm sàng, nội soi, cắt lớp vi tính trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có chỉ*

định phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 65 bệnh nhân VMXMT được phẫu thuật mũi xoang tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba từ tháng 7/ 2024 đến tháng 8/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán VMXMT theo EPOS 2020, được chỉ định phẫu thuật mũi xoang tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba và có hồ sơ bệnh án được làm tỉ mỉ và đầy đủ theo bệnh án mẫu về đặc điểm lâm sàng, nội soi, CLVT mũi xoang và Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân thiếu một trong các tiêu chuẩn như trên, Bệnh nhân VMXMT đã phẫu thuật tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh: gồm cả nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu.

Cỡ mẫu: Lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện, chúng tôi nghiên cứu trên tất cả 65 BN

đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu

Biến số và chỉ số nghiên cứu:

Thông tin chung: mã số bệnh nhân, họ tên, tuổi, giới, số điện thoại, ngày ra- vào viện.

Triệu chứng lâm sàng: các đặc điểm cụ thể về triệu chứng cơ năng chính: ngạt mũi, chảy mũi, đau nhức vùng mặt, giảm/ mất ngủ.

Hình ảnh nội soi: tình trạng niêm mạc mũi, dịch đọng khe- sàn mũi, vùng phức hợp lỗ ngách, dị hình hốc mũi, Polyp mũi nếu có.

Hình ảnh trên phim CLVT mũi xoang: các xoang bị tổn thương, tình trạng vùng PHLN, các bất thường khác như dị hình hốc mũi, khối choán chỗ hốc mũi, bệnh lý xương mũi xoang, các dấu hiệu gợi ý nấm xoang trên phim, hình ảnh gợi ý nguyên nhân viêm mũi xoang do răng.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu: Bệnh án nghiên cứu, hồ sơ bệnh án ra viện của nhóm bệnh nhân hồi cứu, máy nội soi tai mũi họng Karl Storz, optic 0° và optic 70° và máy in ảnh, phim chụp CLVT mũi xoang

Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học của chương trình SPSS 16.0

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba. Các bệnh nhân được giải thích và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không nhằm một mục đích nào khác. Đánh giá, phân loại, xử lý số liệu khách quan và trung thực. Nghiên cứu đảm bảo bảo mật thông tin cá nhân của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1. Đặc điểm chung

Có 53,8 % nam giới, 46,2 % nữ giới; Tỷ lệ Nam/ Nữ là 1,2/1. Độ tuổi hay gặp nhất là > 45 tuổi với tỷ lệ 53,8%.

3.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 1: Phân bố triệu chứng cơ năng chính

Triệu chứng cơ năng	Số BN	Tỷ lệ %
Ngạt mũi	65	100
Chảy mũi	63	96,9

Đau nhức vùng mặt	47	72,3
Giảm ngủi/ mất ngủi	18	27,7
N= 65		

Nhận xét: Triệu chứng ngạt mũi gặp ở 100% bệnh nhân nghiên cứu, chảy mũi là triệu chứng phổ biến thứ hai với tỷ lệ 96,9 %, đau nhức vùng mặt cũng là triệu chứng thường gặp với tỷ lệ 72,3%, ít gặp nhất là triệu chứng giảm/mất ngủi với tỷ lệ 27,7%.

3.3 Đặc điểm nội soi hốc mũi

3.3.1. Các đặc điểm bất thường được ghi nhận qua nội soi

Bảng 2: Các đặc điểm bất thường được ghi nhận qua nội soi

Triệu chứng		Số BN	Tỷ lệ %	
Niêm mạc mũi nề		65	100	
Niêm mạc mũi nhợt nhạt		22	33,8	
Dịch đọng khe- sàn mũi		65	100	
	1 bên	34	52,3	95,4

Phù nề/ bí tắc PHLN				
	2 bên	28	43,1	
Polyp mũi	1 bên	15	23,1	53,9
	2 bên	20	30,8	
Dị hình hốc mũi		16	24,6	
Khối ngờ u hốc mũi		3	4,6	
N=65				

Nhận xét: Qua đặc điểm nội soi TMH thấy 100% BN phù nề niêm mạc mũi và có đọng dịch ở khe- sàn mũi. Có 62/65 BN phù nề/ bí tắc vùng PHLN chiếm 95,4%. Ngoài ra chúng tôi ghi nhận: 53,9% BN có Polyp mũi, 33,8% BN có tình trạng niêm mạc mũi nhợt nhạt, 24,6% BN có dị hình hốc mũi, 4,6%.BN có khối ngờ u hốc mũi

3.3.2. Đặc điểm dịch đọng khe- sàn mũi

Bảng 3: Đặc điểm dịch đọng khe- sàn mũi

Có dịch đọng khe	Một bên	Hai bên	Tổng

sàn mũi			
Dịch nhảy trong	3	23	26 (40%)
Dịch nhảy đục	20	11	31 (47,7%)
mủ vàng/ xanh/ lẫn tổ chức nâu bản	8	0	8 (12,3%)
Tổng	31 (47,7%)	34 (52,3%)	N= 65

Nhận xét: Qua nội soi khe-sàn mũi có: 31/65 BN động dịch ở một bên chiếm 47,7%, 34/65 BN động dịch ở hai bên mũi chiếm 52,3%.

Dịch mũi nhảy đục và nhảy trong là chủ yếu với 87,7%. Dịch mũi mủ vàng,

xanh/ lẫn tổ chức nâu bản chiếm tỷ lệ thấp nhất là 12,3% và chỉ gặp trong các trường hợp động ở khe-sàn mũi một bên (8/8 BN)

3.3.3. Phân độ Polyp mũi

Bảng 4: Phân độ Polyp

Độ Polyp mũi (dựa vào Polyp có kích thước lớn nhất)	N
Độ I	2
Độ II	3
Độ III	21
Độ IV	9
N= 35 BN có Polyp	

Nhận xét: Trong số BN có Polyp mũi có: 60% BN Polyp mũi độ III, tiếp đó là 25,7% BN có Polyp mũi độ IV, rất ít BN có Polyp mũi độ I-II.

3.4. Đặc điểm cắt lớp vi tính mũi xoang

3.4.1 Các bất thường trên phim chụp cắt lớp vi tính mũi xoang

Bảng 5: Các hình ảnh bất thường phát hiện qua phim CLVT

Các hình ảnh bất thường			N	Tỷ lệ %	
Mờ xoang	Xoang trán	Mờ một bên	15	23,1	55,4

		Mờ hai bên	21	32,3	98,5
	Xoang hàm	Mờ một bên	28	43,1	
		Mờ hai bên	36	55,4	
	Xoang sàng	Mờ một bên	24	36,9	76,9
		Mờ hai bên	26	40,0	
	Xoang bướm	Mờ một bên	7	10,8	41,6
		Mờ hai bên	20	30,8	
	Có bất tắc vùng PHLN		Một bên	34	52,3
		Hai bên	28	43,1	
Khối choán chỗ hốc mũi		1 bên	16	24,6	52,3
		2 bên	18	27,7	
Lệch vẹo vách ngăn			12	18,5	
Phì đại cuốn dưới			4	6,2	
Xoang hơi cuốn giữa			3	4,6	
Cuốn giữa đảo chiều			1	1,5	
Bệnh lý xương			14	21,5	
Gợi ý nắm xoang (nốt tăng tỷ trọng trong lòng xoang, dày xương thành xoang.)			18	27,7	
Gợi ý nguyên nhân do răng (ổ tiêu xương thông với chân răng hàm trên.)			3	4,6	
N= 65					

Nhận xét: Trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính mũi xoang ghi nhận: 98,5% BN có mờ xoang hàm, mờ xoang sàng đứng

thứ hai với 76,9% BN, ít gặp hơn là mờ xoang trán (55,4%) và mờ xoang bướm (41,6%)

Có 95,4% BN có hình ảnh bất tắc vùng PHLN.

Dị hình học mũi thường gặp nhất là Lệch/vẹo vách ngăn

Ghi nhận một số các hình ảnh bất thường: khối choán chỗ hốc mũi ở 34/65BN (30BN có khối Polyp lớn+ 4 BN có khối ngờ u qua nội soi) chiếm 52,3%, 14/65 BN có kèm theo bệnh lý xương (dày phòng, tiêu xương, vôi hoá xương thành xoang) chiếm 21,5%, 18/65 BN có hình ảnh gợi ý nấm xoang chiếm 27,7% và có 3 trường hợp hình ảnh gợi ý nguyên nhân do răng chiếm 4,6%.

Có 3 trường hợp viêm mũi xoang mạn tính biểu hiện triệu chứng rõ 1 bên qua đặc điểm lâm sàng và nội soi, tuy nhiên trên cắt lớp vi tính có dày niêm mạc một vài xoang đối diện

3.4.2. Sự phối hợp tổn thương xoang trên phim CLVT

Bảng 6: Sự phối hợp tổn thương xoang trên phim CLVT

Chẩn đoán xoang viêm	N	%

Xoang hàm	11	17	
Xoang bướm	1	1,5	
Sàng + Hàm	13	20	81,5
Hàm + Bướm	2	3,1	
Hàm + Trán + Bướm	1	1,5	
Sàng + Hàm + Bướm	2	3,1	
Sàng + Hàm + Trán	14	21,5	
Sàng + Hàm + Trán + Bướm	21	32,3	
N= 65			

Nhận xét: Dựa trên hình ảnh CLVT thấy hầu hết BN viêm phối hợp các xoang (81,5%), trong đó viêm Sàng + Hàm + Trán + Bướm chiếm tỷ lệ cao

nhất là 32,3%, tiếp theo là viêm Sàng + Hàm + Trán với 21,5% BN.

Viêm xoang đơn độc gặp ở xoang Hàm và xoang Bướm.

3.4.3. Mức độ viêm mũi xoang theo thang điểm Lund- Mackay

Bảng 7: Mức độ viêm mũi xoang dựa trên thang điểm Lund- Mackay

Mức độ viêm xoang/điểm Lund- Mackay	Số BN bị VMX			Tỷ lệ %
	Một bên	Hai bên	Tổng	
Độ I: 0-4 điểm	9	0	9	13,8
Độ II: 5-9 điểm	20	6	26	40
Độ III: 10-14 điểm	3	19	22	33,9
Độ IV: 15-24 điểm	0	8	8	12,3
Tổng:	32	33	65	100
Min – Max	3-24			
TB	10,2 ± 5,81			

Nhận xét: Điểm Lund- Mackay trung bình là $10,2 \pm 5,81$, thấp nhất là 3 điểm và cao nhất là 24 điểm. Đa số BN nghiên cứu có mức độ viêm mũi xoang ở mức trung bình-nặng (độ II-III).

Rất ít trường hợp viêm mức độ nhẹ (I) hoặc rất nặng (IV). Trong đó VMX mức độ nhẹ chỉ gặp ở VMX một bên và VMX mức độ rất nặng chỉ gặp ở VMX hai bên.

IV. BÀN LUẬN:

4.1. Đặc điểm chung:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam giới (53,8%) cao hơn nữ giới (46,2%), tuy nhiên sự chênh lệch ít và không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Võ Thanh Quang với tỷ lệ nam là 54%, nữ là 46% [4] và Nguyễn Quang Đạo với tỷ lệ nam là 53,2% , nữ là 46,8% [7]

Độ tuổi trong nghiên cứu gặp nhiều nhất là nhóm trên 45 tuổi với tỷ lệ 53,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang đạo [7] và nghiên cứu của Lê Hải Nam [8] với tỷ lệ nhóm

trên 41 tuổi chiếm cao nhất. Có sự khác biệt với một số nghiên cứu trong đó có nghiên cứu của Nguyễn Đình Trường với nhóm dưới 45 tuổi hay gặp nhất (66,7%) [6]

4.2. Triệu chứng cơ năng:

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh là ngạt mũi (100%) và chảy mũi (96,9%), kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Võ Thanh Quang với tỷ lệ lần lượt là: 96,83%, 97,62% [4] và tác giả Nguyễn Đình Trường với tỷ lệ là 86,7%, 100% [6]

Đau nhức vùng mặt cũng là triệu chứng thường gặp (72,3%), ít gặp nhất là triệu chứng giảm ngủ (27,7%).

4.3. Đặc điểm nội soi hốc mũi:

Hình ảnh nội soi cho thấy 100% bệnh nhân có tình trạng phù nề niêm mạc mũi và đọng dịch ở khe - sàn mũi, 95,4% BN có phù nề/bít tắc phức hợp lỗ ngách. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Võ Thanh Quang với tỷ lệ phù nề niêm mạc mũi 94,44% và 92,86% ứ đọng dịch khe- sàn mũi [4]. Đây là dấu hiệu đặc

trung của VMXMT, cho thấy sự lan tỏa của quá trình viêm và rối loạn dẫn lưu niêm dịch.

Tính chất dịch đọng ở khe-sàn mũi quan sát qua nội soi chủ yếu là dịch nhầy trong- nhầy đục chiếm 87,7%, mủ đặc/bản chỉ gặp ở 12,3% BN và chỉ gặp trong các trường hợp VMX một bên. Kết quả ghi nhận của chúng tôi gần tương xứng với kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Thanh Quang với tỷ lệ dịch mũi nhầy là 78,57% và 15,08% mủ đặc bản [4]. Điều này có thể giải thích là vì bệnh nhân VMXMT được chỉ định phẫu thuật mũi xoang đều đã được điều trị nội khoa trước đó và đang không trong các đợt cấp tính.

Polyp mũi được phát hiện ở 53,9% BN, kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Võ Thanh Quang với 56,3 % BN có Polyp mũi [4]. Chúng tôi ghi nhận cả bốn mức độ Polyp nhưng trong đó Polyp độ III – IV chiếm tỷ lệ cao nhất (85,7%).

Chúng tôi ghi nhận 16/65 (24,6%) BN có dị hình hốc mũi phát hiện qua nội soi, các dị hình này góp phần ảnh hưởng trong cơ chế bệnh sinh, gây cản

trở lưu thông giữa các lỗ thông xoang và hốc mũi.

Ngoài ra có 3/65 (4,6%) BN có khối ngờ u trên hình ảnh nội soi hốc mũi. Rà soát lại hồ sơ ghi nhận: 2 Bệnh nhân VMXMT hai bên, nội soi có khối ngờ u một bên hốc mũi được CDPT mở xoang viêm kèm cắt bỏ khối u gửi GPB (kết quả một trường hợp là u nhú đảo ngược và một trường hợp là Polyp viêm xơ); 1 BN còn lại là VMXMT một bên, có chảy dịch mũi lẫn máu và CLVT khối choán chỗ xoang hàm lan ra hốc mũi được CDPT mở xoang hàm và cắt toàn bộ khối u gửi GPB kết quả Polyp viêm xơ.

4.4. Đặc điểm CLVT mũi xoang:

Trên phim CLVT mũi xoang có: 98,5% BN có hình ảnh mờ xoang hàm, tiếp đến là xoang sàng (76,9%), xoang trán (55,4%) và xoang bướm (41,6%), kết quả này gần tương xứng với nghiên cứu của Lê Hải Nam với tỷ lệ viêm các xoang lần lượt là: 100%, 82,8%, 67,3%, 36,2% [8].

Phần lớn BN trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương phối hợp nhiều xoang (81,5%), trong đó chủ yếu viêm

xoang Sàng+ Hàm+Trán+ Bướm và Sàng+ Hàm+ Trán. Thể hiện quá trình viêm lan toả vùng niêm mạc mũi xoang.

Thang điểm Lund–Mackay dao động từ 3-24 điểm, điểm trung bình là $10,2 \pm 5,81$, nằm trong khoảng mức độ trung bình – nặng. Mức độ VMX theo thang điểm Lund-Mackay chủ yếu là độ II- III chiếm tỷ lệ 73,9%. Kết quả có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Trường với mức độ VMX trung bình-nặng theo thang điểm Lund- Mackay là 76,7% [6]. Rất ít gặp trường hợp VMX mức độ nhẹ hoặc rất nặng.

Một số bất thường khác trên CLVT góp phần đánh giá mức độ bệnh và định hướng nguyên nhân, chỉ định phẫu thuật phù hợp như: bít tắc PHLN (95,4%), khối choán chỗ hốc mũi (52,3%), bệnh lý xương (21,5%), hình ảnh gợi ý nấm xoang (27,7%), gợi ý tổn thương xoang do răng (4,6%), các dị hình hốc mũi: lệch/vẹo vách ngăn (18,5%), phì đại cuốn dưới (6,2%), dị hình cuốn giữa (6,1%).

V. KẾT LUẬN:

Dựa vào nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính được

chỉ định phẫu thuật mũi xoang tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba thành:

- Bệnh nhân chủ yếu gặp ở lứa tuổi trên 45, tỷ lệ giới tính không có sự chênh lệch đáng kể
- Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là ngạt mũi và chảy mũi; đau nhức vùng mặt và giảm ngủ xuất hiện với tần suất thấp hơn. Các biểu hiện này phản ánh đặc điểm bệnh tiến triển kéo dài và ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống người bệnh.
- Nội soi mũi xoang ghi nhận 100% bệnh nhân có phù nề niêm mạc và đọng dịch khe – sàn mũi; 53,9% bệnh nhân có polyp mũi, chủ yếu độ III–IV. Dị hình hốc mũi là yếu tố thuận lợi cho tắc nghẽn dẫn lưu.
- Cắt lớp vi tính mũi xoang (CLVT) cho thấy đa số bệnh nhân bị viêm nhiều xoang phối hợp, đặc biệt là xoang hàm và sàng; điểm Lund–Mackay trung bình $10,2 \pm 5,81$. Các bất thường như bất tắc PHLN, dị hình hốc mũi, bệnh lý xương và hình ảnh gợi ý nấm xoang, hình ảnh viêm xoang do răng góp phần đánh giá

mức độ bệnh, định hướng nguyên nhân và kế hoạch phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] W. J. Fokkens *et al* (2020), “Executive summary of EPOS 2020 including integrated care pathways”, *Rhinology*, vol. 58, no.2, pp.82–111.
- [2] H. K. Min *et al* (2025), “Global Incidence and Prevalence of Chronic Rhinosinusitis: A Systematic Review”, *Clin. Exp. Allergy J. Br. Soc. Allergy Clin. Immunol*, vol. 55, no.1, pp.52–66.
- [3] Phạm Khánh Hoà (2012), *Tai Mũi Họng (dùng cho đào tạo Bác sĩ đa khoa)*. Nhà xuất bản Giáo Dục Việt Nam, Hà Nội.
- [4] Võ Thanh Quang (2004), *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.
- [5] Võ Văn Khoa (2000), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học trong viêm xoang mạn tính*. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

- [6] Nguyễn Đình Trường (2020), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và Biofilm trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính*. Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
- [7] Nguyễn Quang Đạo (2021), *Nghiên cứu dị hình giải phẫu ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có chỉ định phẫu thuật qua chụp cắt lớp vi tính mũi xoang*. Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
- [8] Lê Hải Nam (2020), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và phim chụp CLVT trong viêm mũi xoang mạn tính ở người lớn tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương*. Khoá luận tốt nghiệp, Đại học Y Dược- Đại học Quốc Gia Hà Nội